Medycyna sądowa.

Kilka przypadków dochodzenia stanu umysłowego

skreślił

Prof. Dr Blumenstok

w Krakowie.

I.

Głuchoniemy morderca głuchoniemego brata swego.

Podczas gdy wszystkie prawie ustawy cywilne europejskie, głuchoniemych, pod względem prawnym, kładą na równi z obłąkanymi i niedołężnymi na umyśle, ustawa cywilna austryacka czyni wyjątek od tego ogólnego prawidła, wspominając w §. 275 o głuchoniemych, którzy zarazem są niedołężnymi na umyśle, jak niemniej o głuchoniemych, którzy po ukończeniu 24go roku życia swego, stają się zdolnymi do sprawowania interesów swoich; — z czego wynika naturalny wniosek, że ustawa ta nie przypuszcza bezwzględnej tożsamości niedołęztwa umysłowego i głuchoniemoty. Że zapatrywanie to w zupełności podzielam, wypowiedziałem już przed kilku laty w innej rozprawie [1]) pomimo, że Casper stawał w obronie zapatrywania przeciwnego, twierdząc, że głuchoniemego należy uważać za idjotę w całem tego słowa znaczeniu, nawet w razie, jeżeli kształcony był w odpowiednim zakładzie — a zdania mego nie wypieram się i dziś, pomimo, że Liman w dziele Casper'a, właśnie co przez siebie nowo wydanem i uzupełnionem, ustępu odnośnego w niczem nie zmienił. [2]) Jak zaś milczące to potakiwanie ze strony Liman'a, zgadza się z orzeczeniem jego sądowolekarskiem, wydanem w sprawie 19letniego głuchoniemego mordercy [3]), który nigdy w zakładzie dla głuchoniemych nie był kształcony (str. 416), z którym

---

[1]) O badaniu stanu umysłowego, Kraków 1868 str. 33.

[2]) Casper, Praktisches Handbuch der gerichtlichen Medizin, neu bearbeitet und vermehrt von Prof. Liman, V. Aufl. Berlin 1871, I. Band pag. 756.

[3]) Liman, Zweifelhafte Geisteszustände vor Gericht, Berlin 1869, 48ter Fall, pag. 415—427.

nawet wezwany jako znawca dyrektor berlińskiego zakładu dla głuchoniemych „co do licznych okoliczności porozumieć się nie mógł, tak że usprawiedliwioną była wątpliwość, czy obżałowany we wszystkiem był dobrze zrozumiany“ (str. 417) — jak potakiwanie to zgadza się z orzeczeniem stanowczem, że głuchoniemy ten nie jest idjotą (str. 423), że więc jest poczytalnym, tylko w mniejszym stopniu (str. 427), — tego oczywiście pojąć nie umiem, i nie moją też jest rzeczą sprzeczność tę wytłomaczyć. Wychodząc przeciwnie z doświadczenia, które zapewne nie jest obcem i nielekarzom, że głuchoniemi, kształceni w zakładach, stają się nieraz wcale użytecznymi członkami społeczeństwa, podczas gdy sami sobie pozostawieni, istotnie najczęściej wychodzą na idjotów — możnaby przypuścić w zasadzie, że głuchoniemy, który nie odebrał odpowiedniego wychowania, powinien być uważany za bezwłasnowolnego, że zaś własnowolność kształconego w zakładzie—z którym przynajmniej za pomocą pisma porozumieć się można — z góry nie może być wykluczoną. Powiadam: w zasadzie, — nie myślę bowiem stawiać prawidła, gdyż lekarz sądowy nie może krępować się żadnem prawidłem ogólnem, i musi mieć zostawioną sobie swobodę, ocenienia każdego przypadku, na podstawie własnego badania.

Jednakowoż, w obec głuchoniemego, lekarz sądowy niekoniecznie z tej swobody korzystać może; znajduje się bowiem w tem arcytrudnem i wyjątkowem położeniu, że nie może sam dochodzić stanu umysłowego, i widzi się zmuszonym posługiwać się ku temu osobą trzecią. Rozpoznanie zaś zboczenia, a względnie orzekanie o takowem, na podstawie badania uskutecznionego przez osobę inną, nie lekarską, — jest zadaniem nietylko trudnem ale i przykrem, zwłaszcza, że tylko wtedy posługiwać się możemy osobą wykształconą, jak np. nauczycielem zakładu, jeżeli mamy przed sobą głuchoniemego, poprzednio w takim zakładzie wychowanego, w przeciwnym zaś razie, poprzestać musimy na pierwszej lepszej osobie, która badać się mającego zna nieco bliżej i przynajmniej na migi porozumieć się z nim jest w stanie. Zbyteczną zaś jest dowodzić, jak niedostatecznem jest takie porozumiewanie się dla lekarza, który wtedy patrzy się na niezrozumiałe dla siebie znaki, nie będąc wcale o tem przekonany, czy znaki te są zrozumiałe przynajmniej dla osoby pośredniczącej, i czy tłomaczenie onych, ze strony tej osoby, jest wiernem. Z tem wszystkiem, lekarz sądowy przecież do tego środka uciekać się musi, bo nie ma lepszego, i z tego też powodu, w tym wyjątkowym i zapewne bardzo rzadko zdarzającym się przypadku, — gdy własne badanie staje się prawie niepodobnem — zadowolonym będzie, jeżeli orzeczenie swoje oprzeć może choć na zasadzie jakiejś będącej wypływem doświadczenia. Wprawdzie

zarzucić można, że jeżeli lekarz sam badać nie może i orzeka na podstawie zasady ogólnej, wtedy sąd nie potrzebnie zasięga rady jego, bo znając zasadę, śmiało bez jego orzeczenia obejść się może. Przyznaję, że zarzut ten byłby słusznym, przyznawszy poprzednio już, że położenie lekarza w obec takiego dochodzenia jest przykrem; z drugiej strony atoli, trudno zaprzeczyć, że w każdym przypadku dochodzenia stanu umysłowego nasuwać się mogą pewne wątpliwości, do wyjaśnienia których tylko lekarz jest powołanym.

Słuszniejszym może byłby zarzut, że skoro już z góry wiemy, że lekarz sądowy zawsze prawie uzna głuchoniemego, niekształconego w zakładzie za bezwłasnowolnego, ogłoszenie takiego przypadku staje się zbytecznem. Istotnie, podając niniejszy przypadek do druku, nie zamierzam wcale popisać się trafnem jakiemś spostrzeżeniem, lub bystrym wywodem, a to tem mniej, o ile dochodzenie to miało miejsce w pierwszych latach praktyki mojej sądowo-lekarskiej; owszem, ogłaszając go, powoduję się li następującą okolicznością: Casper twierdzi, że głuchoniemi nader rzadko dopuszczają się czynów gwałtownych, zbrodniczych, a najlepszym dowodem słuszności jego twierdzenia jest, że w tyloletniej praktyce i przy tak olbrzymim materjale, jakim rozporządzał w Berlinie, nie zdarzył mu się ani jeden przypadek morderstwa, któregoby się dopuścił głuchoniemy; dodaje tylko, że „nawet o morderstwach popełnionych przez głuchoniemych, wspominają Alberti, Hoffbauer, Itard, Marc, Jendritza i inni“ [4]) a w nowszych czasach dopiero Liman podaje przypadek, o którym na wstępie wspomniałem. Otóż więc, mojem zdaniem, już z powodu rzadkości swej, przypadek mój zasługuje na ogłoszenie, zwłaszcza, że to w naszej literaturze sądowolekarskiej jest przypadek pierwszy i niezawodnie przez długi czas pozostanie jedynym.

*
* *

Dnia 8. grudnia 186* doniesiono sądowi powiatowemu w K., że dnia 6. tm. głuchoniemy kołodziej Franciszek Szcz. zamordował, za pomocą cioski, starszego brata swego, również głuchoniemego, Józefa Szcz. we wspólnem pomieszkaniu, w mieście A. Sekcja sądowa uskuteczniona d. 10. grudnia na zwłokach Józefa Szcz. wykazała ranę głowową, połączoną z pęknięciem czaszki i wylaniem krwi do opon mózgowych i do mózgu, nadto, stłuszczenie wątroby, a po otwarciu żołądka rozlegała się woń wyskoku. Lekarze sądowi orzekli, że rana głowowa była śmiertelną i zadaną została najprawdopodobniej cioską. Franciszek Szcz. przyprowadzony do zwłok brata ucałował rękę trupa, a klęcząc obok niego płakał i okazywał

---

[4]) l. c. str. 757.

szczery żal i skruchę. Tegoż samego dnia przystąpiono do spisania protokółu z obżałowanym, którego badano za pośrednictwem Szymona S. 36 lat liczącego murarza, i Józefa S. kowala, obydwóch z miasta A., którzy z obżałowanym do owego czasu najlepiej porozumieć się umieli, a ludzie ci rozmówiwszy się z nim na migi, w obec sędziego śledczego, podali, jednozgodnie i pod przysięgą, co następuje: Franciszek Szcz. rodem z A. liczy lat 26, jest stanu wolnego, dotąd przy starszym bracie Józefie zamieszkały, z pracy rąk utrzymujący się, przedtem nieposzlakowany; twierdzi on, że d. 6. grudnia pracował wspólnie z bratem przy robocie kołodziejskiej, gdy w tem, przyszło dwóch wieśniaków z kwartą wódki z arakiem, którą obydwóch braci Szcz. częstowali; popołudniu o godzinie 4tej znów na wódkę proszony, wypił Franciszek Szcz. trzy kieliszki, które mu do reszty głowę zawróciły, tak, że go zapewne dla nieprzyzwoitego zachowania się za drzwi wyrzucono. Powróciwszy do domu zastał starszego brata zatrudnionego robotą, wtedy uchwycił cioskę swoją leżącą w pobliżu i uderzył nią znienacka i z tyłu brata parę razy w głowę, tak, że tenże padł bez życia. Nie wié, gdzie naprzód uderzył brata, gdzie i kiedy rzucił cioskę, czy gonił za bratową; nie miał zaś zamiaru skaleczenia brata, bo mu nic złego nie zrobił, nie wié więc, dla czego go uderzył i co go do czynu popchnęło; nikt go do morderstwa nie namawiał, a ze śmierci brata nie ma żabnej korzyści; czynu swego zaś żałuje bardzo.

Z przesłuchania świadków dowiadujemy się następujących szczegółów:

1. M a r j a n n a C. obecna przy morderstwie zeznaje: W chwili wejścia do izby zastałam Józefa Szcz. zajętego robotą; z tyłu za nim oparty o skrzynię stał Franciszek z założonemi rękami; nagle usłyszałam uderzenie i krzyk przeraźliwy; niewidziałam jednak, jak Franciszek wziął cioskę ze skrzyni, ani też jak i gdzie brata uderzył, widziałam tylko Józefa upadającego na ziemię, z upadnięciem którego żona jego uciekła z izby, a za nią gonił Franciszek z siekierą w ręku: nie mógł on jednak zrazu otworzyć drzwi wychodzących na sień, a które bratowa uciekająca podtrzymywała; nareszcie przecież wyleciał na dwór, a świadek ze strachu za nim; przez 2 lata mieszkając w domu Szcz. nigdy nie widziała, aby bracia kłócili się lub bili; zdaniem zeznającej, Franciszek był może trochę podchmielony, ale nie był tak pijany, aby nie wiedział, co czyni, bo twarz i ruchy świadczyły o trzeźwości. Nie wié zaś z pewnością, czy Franciszek po uderzeniu brata cioskę rzucił, lub też czy z nią gonił za bratową.

2. Anna Szcz. wdowa po Józefie Szcz., 25 lat licząca, bezdzietna, ale obecnie w ciąży po zamordowanym [5]), podaje: Rodzice braci Szcz. przez 10 lat nie mówili ze sobą, z powodu jakiegoś zajścia, i wtedy urodziło się trzech synów głuchoniemych; oprócz tych synów, mieli jeszcze troje dzieci, całkiem prawidłowo ukształconych. Franciszek mieszkał razem z jej mężem, pomagał mu w pracy i miał od niego utrzymanie; był on popędliwym, jak to mówią, wartogłowym; do usilnej pracy nie był pochopnym, lubiał się napijać, a nie mogąc długo posiedzieć, biegał często do Krakowa do swych braci, u których po kilka dni przebywał. Raz tylko, w ciągu roku ostatniego, bracia pogniewali się ze sobą i pobili, zresztą żyli w zupełnej zgodzie i pracowali razem. Dnia 6. grudnia zajęci byli pracą wspólną, a robota musiała być pilną, bo dwóch chłopów przyszło po nią i częstowało braci wódką. Po południu znów byli przy robocie, gdy sąsiad przyszedł i dał im znak, aby z nim poszli na wódkę; jednakowoż tylko Franciszek poszedł z nim; w jakiś czas powrócił ów człowiek, namawiając raz drugi i trzeci Jozefa, ale bezskutecznie. Po godzinie 5tej, gdy się zmierzchło, nadszedł Franciszek, zrzucił ze siebie kapotę i stanął za plecyma Józefa, oparłszy się o skrzynię; stał może przez kwadrans z rękami na krzyż założonemi, pogrążony w myślach. W tem, nie uskuteczniwszy żadnego ruchu, z miejsca porwał siekierę swoją i uderzył brata z tyłu, w okolicę ucha, w chwili, gdy tenże ociosywał koło; dopiero po drugiem cięciu Józef upadł, poczem Franciszek gonił za świadkiem. Był on zawsze dla bratowej swej dobrym i przychylnym, nie pojmuje więc dla czego gonił za nią z siekierą. Zwykł był upijać się co niedziela, a wtedy był wesół, chodził i wywijał rękami, a jeżeli go wtedy kto zaczepiał, brał się zaraz do bicia.

3. Joanna R. szynkarka opowiada, że koło godziny 3ciej przybyli do szynku włościanie Jan W. i P., nieco później Franciszek Szcz. Jan W. leżał na kanapie, a Franciszek Szcz. przystąpiwszy do niego „chciał z nim spełnić uczynek cielesny“, a chociaż nie wié, jak on to chciał uskutecznić, słyszała przecież z oburzeniem wymówione słowa Jana W. „Cóż ty chcesz robić, kiedy ja mam to samo, co i ty.“ Następnie Franciszek Szcz. udał się do P. i zabrał mu czapkę.

4. Jan W. 49 lat liczący wieśniak, zgodnie z szynkarką podaje, że pijany leżał na kanapie, gdy Franciszek Szcz. nie zrozumiałe wydając tony, zbliżył się do niego, a ująwszy jego rękę przyciskał ją do swego członka, którego jednak nie wyjął ze spodni. „Ja bez

[5]) Okoliczność ta dowodzi znów niesłuszności twierdzenia pana Itard'a, jakoby głuchoniemi byli bezdzietnymi. (Liman w nowem wydaniu dzieła Casper'a I., pag. 763 również przytacza dowód podobny.)

myśli dotknąłem się jego członka, który był w stanie nienaprężonym; następnie odepchnąłem go od siebie, ale on mimo to pchał się na mnie, głaskał mnie po twarzy palcami i przyciskał moją rękę do swych części płciowych. Wreszcie, podniosłem się i wyrzuciłem go za drzwi. W pół godziny potem powstał gruch, że Franciszek zabił brata.“

5. Franciszka G., kupcowa, lat 35 licząca, zeznaje, że Franciszek Szcz. dnia 6. grudnia pod wieczór, gdy się już zmierzchło, przyszedł do jej sklepu nie w celu napicia się wódki, „lecz w innym jakimś celu, którego odgadnąć nie mogłam i dziś jeszcze wytłomaczyć sobie nie umiem. Wszedłszy bowiem do sklepu, machał coś rękami, czem dzieci przestraszone uciekały; wyszedłszy do sklepu, zastałam Franciszka Szcz. w stanie widocznie podpitym, rozigranym i rozhukanym; rękami robił jakieś znaki, wywijał niemi koło głowy i chciał mnie widocznie dać coś do zrozumienia: tupał nogami, tłukł się, bił pięściami po pakach, a narobiwszy dużo hałasu wyszedł. Po 3 kwadransach dowiedziałam się o morderstwie.“ Sklep od domu Szcz. odległy był o 150—200 kroków.

6. Karolina P., dziewczyna lat 16 licząca, odebrała w szynku Franciszkowi Szcz. czapkę, którą był zabrał jej ojcu; w godzinę potem przyszedł Franciszek do ich domu, pokazując znakami, że zabił brata, że go ciął dwa razy, że przyjdą po niego żołnierze, że panowie będą pisać itd.; przeszedłszy się dwa razy po izbie wyszedł. Świadek sądzi, że Franciszek wtedy nie był pijany, bo szedł prosto i nie zataczał się; pokazywał palcami rozsądnie, co zrobił, uderzywszy siebie dwa razy w głowę; ręką po powietrzu pisał, co miało znaczyć, że spiszą z nim protokół; rzemienie układał na krzyż, przezco chciał opisać żołnierzy itd.

7. Emil B., wójt, podaje, że Franciszek Szcz., po spełnionym czynie, nie dał się aresztować, lecz długo się szamotał. W ogóle, zdaniem wójta, obżałowany jest usposobienia gwałtownego, albowiem za życia ojca swego porywał się nieraz na niego i to z siekierą. Sądzi, że był pijanym, gdy zabił brata, lecz nie w takim stopniu, żeby nie wiedział, co czyni. Ile razy zaś pijał gorzałkę, zawsze bywał burzliwym i złośliwym.

Tyle co do historji przypadku. Franciszek Szcz. przewieziony do Krakowa, w d. 29. stycznia przedstawiony został śp. Drowi Jakubowskiemu, ordynującemu w oddziale chorób umysłowych szpitala św. Ducha i sprawozdawcy, a sąd zażądał od nas orzeczenia, czy tenże „popełnił czyn w mowie będący w stanie własnowolnym lub nie, oraz, czy w wyższym stopniu podlega wpływom

napojów wyskokowych, aniżeli inny człowiek zdrowy, prawidłowo ukształcony, w tym samym wieku pozostający?“

Mieliśmy przed sobą człowieka lat 20 i kilka liczącego, wzrostu średniego, budowy ciała silnej, szlachetnych i miłych rysów twarzy, nie mającego najmniejszego nawet ilościowego poczucia głosu, a zdobywającego się tylko na kilka dźwięków gardłowych, niezrozumiałych, jak to powszechnie bywa u niemowy; zresztą, badanie ciała nie wykazuje żadnych zboczeń przedmiotowych. Ponieważ nie zdołaliśmy porozumieć się z nim, a tem samem nie mogliśmy żadnego wyrobić sobie zdania, co do stopnia jego pojętności, żądaliśmy zawezwania dwóch włościan wyżej wspomnianych, którzy, zdaniem świadków, najlepiej myśli jego odgadywać zwykli. Otóż ludzie ci, w naszej przytomności, porozumiewali się z Franciszkiem Szcz. na migi, służąc nam za tłomaczów pytań, które stawiać uważaliśmy za potrzebne, oraz odpowiedzi udzielanych przez badanego na takowe. Nie byliśmy wprawdzie w stanie ocenić dokładnie, jak dalece ludzie ci zdolni byli wyrozumieć badanego, ale tyle widzieliśmy, że cała wiedza tych tłomaczów ograniczała się do mimiki najpospolitszej; ztąd też odpowiedzi badanego były ogólnikowe, gdyż ani odpowiadający ani pytający się nie mogli zdobyć się na oddanie, za pomocą znaków, pojęć oderwanych, do zbadania pojętności człowieka koniecznie potrzebnych. To też przez badanie to, za pośrednictwem znawców, niczego więcej nie dowiedzieliśmy się, aniżeli nam już poprzednio z aktów było wiadomem, uważaliśmy tylko, że skrucha i rozpacz Franciszka Szcz. na wspomnienie brata były prawdziwie przerażające i nieudane.

Na tych usiłowaniach, ku zbadaniu stanu umysłowego Franciszka Szcz. poprzestać musieliśmy, przekonani, że dalsze zabiegi będą daremnemi; orzeczenie zaś, które sądowi złożyliśmy, opiewało jak następuje:

* * *

Franciszek Szcz., lat 26 liczący, czeladnik kołodziejski z A., od dziecięctwa pod okiem rodziców, a po ich śmierci pod opieką starszego brata zostający, jest jednym z trzech braci głuchoniemych, którzy urodzili się, wedle twierdzenia świadków, w epoce, gdy rodzice z powodu jakiegoś zajścia przez 10 lat nie mówili ze sobą. [6]) Pozbawiony wszelkiej możności kształcenia

---

[6]) Szczegół ten podałem w orzeczeniu, jak go opowiadali świadkowie, nie przywiązując doń żadnej wagi, i żałując potem, żem go nie pominął. Przeglądając atoli we dwa lata później sprawozdanie zakładu głuchoniemych we Wrocławiu (Der Verein f. d. Unterricht u. d. Erziehung Taubstummer u. d. Taubstummenanstalt in Breslau. Jubelschrift

umysłu, ograniczony był do wyuczenia się rzemiosła ojcowskiego, a zasad religji i moralności, nikt w niego wpoić nie mógł, a może i nie chciał; to też badany cześć Boga objawia tylko przez żegnanie się, klękanie i bicie w piersi, czyniąc to automatycznie, bez pojęcia o znaczeniu tych form. Według zdania proboszcza miejscowego, przykład rodziców nie mógł wpłynąć korzystnie na jego uzacnienie moralne, ponieważ pożycie ich małżeńskie nie było dobrem, a namiętności i nałogi, którym się oddawał zawczasu młodzieniec, przez nikogo karcone nie były. Bywał on na przemian już to krnąbrny, już to łagodny i posłuszny, w ostatnich czasach atoli posłuszny, pilny i pracowity. Dla brata swego starszego, u którego pozostawał od śmierci ojca, był zawsze powolnym i uległym, słuchał go, jak przełożonego, nigdy nie dawał mu powodu do gniewu na siebie, a tem mniej do czynnego skarcenia; z bratową tylko, którą nieboszczyk przed rokiem poślubił, w nienajlepszej żył zgodzie, z powodu jej skąpstwa; przez sąsiadów i znajomych powszechnie był lubionym i doznawał ich współczucia; jedyną wadą, którą w ostatnich czasach u niego uważano, była skłonność do użycia napojów wyskokowych, która powoli przeszła w nałóg i często go też podpitym widywano, w stanie zaś tym bywał albo gniewliwym i skorym do zaczepek, albo też wesołym i pochopnym do figlów dziecinnych.

W dzień popełnionej zbrodni, t. j. 6. grudnia, badany, wraz z bratem, pracował przy warsztacie, gdy dwóch wieśniaków przyszło do nich z wódką, którą obydwóch braci raczyli. Niezupełnie może już trzeźwego Franciszka Szcz., o godzinie 4tej popołudniu, wyprowadził znów jeden z sąsiadów do szynku, gdzie znów trzy kieliszki

---

Breslau 1869) znalazłem w niem rozprawkę nauczyciela przy tym zakładzie p. Scholz'a (Zwölf besondere Fälle von Vorkommen der Taubstummheit in einzelnen Familien, str. 28—31) zastanawiającą się nad przyczyną głuchoniemoty w pewnych rodzinach. O jednej rodzinie wiejskiej, która miała 4 dzieci prawidłowo zbudowanych, a 4 głuchoniemych, powiada p. S.: „Rodzice silnie zbudowani, jednakowoż spokojni i nieco ograniczeni; na zapytanie, czy nie umieją podać jakiejś przyczyny kalectwa swych dzieci, ojciec odpowiedział: Der Mutter kamen die Kinder zu rasch ufanander und da wor se in der Zeit imnr a su mirsch und stille (Matka niezadowolona z tak licznego potomstwa podczas ciąży bywała zawsze zrzędną i ponurą). Upatruję niejakie podobieństwo między rodziną szląską, o której mówi sprawozdawca, a rodziną krakowską, której członkiem jest Franciszek Szcz. — i dla tego obecnie przypisuję pewne znaczenie i pewien wpływ na głuchoniemotę synów, owemu dziwnemu stosunkowi małżonków, którzy gniewając się ze sobą przez tyle lat, mimo to obowiązków małżeńskich nie zaniechali. Z tem wszystkiem. nie wdaję się w tłomaczenie związku między milczeniem rodziców a głuchoniemotą dzieci.

wypił. Tem piciem rozmarzył się do reszty, wywijał rękami w powietrzu i przystąpiwszy do leżącego na kanapie mężczyzny, usiłował zaspokoić popęd swój płciowy; wyrzucony ze szynku, udał się do sklepu, gdzie wprawdzie nie pił nic, lecz coś na migi pokazywał dzieciom i kupcowej, czego ona, jak twierdzi, nie zrozumiała, żądał koniecznie, aby mu pokój gościnny otworzyła, a gdy kupcowa tego uczynić nie chciała, rozgniewany bił nogami i pięściami o podłogę i drzwi, nie zrobiwszy jednak żadnej szkody, wybiegł na ulicę, a niedługo potem już rozeszła wieść, że głuchoniemy zabił głuchoniemego.

Przybywszy ze sklepu do domu i stanąwszy z założonemi rękami, za bratem stojącym przy robocie, nagle porwał ze skrzyni siekierę i uderzył kilkakrotnie brata, w obecności bratowej i drugiej kobiety.

Taki jest stan rzeczy i ten to stan przeważnie uwzględnić nam wypada, przy ocenieniu stanu umysłowego Franciszka Szcz., w chwili popełnienia zbrodni. Brak bowiem słuchu i mowy, nieprzeparte nastręczył trudności przy badaniu Franciszka Szcz., a porozumienie się z nim było tem trudniejsze jeszcze, ponieważ i pisać wcale nie umie, tłomaczenie zaś myśli jego, ze strony dwóch bliższych znajomych badanego, było niedostateczne. Z tych przeto powodów, orzeczenie nasze nie może być bardzo ścisłe, jako opierające się li na historji przypadku, zeznaniami świadków zestawionej.

Przedewszystkiem stwierdzamy, że Franciszek Szcz. żadnej nie miał pobudki do pozbycia się brata swego. Żył bowiem z nim w najlepszej zgodzie od dziecięctwa; był nawet wielce do niego przywiązanym, widząc w nim chlebodawcę swego, a nawet dobrodzieja, ponieważ mu częstokroć, oprócz płacy tygodniowej, dawał po kilkanaście grajcarów, bez wiedzy żony [7]), a jeżeli, jak się zdaje, mniej serdecznym był jego stosunek do bratowej, zbyt oszczędnej, to okoliczność ta wówczas nie mogła mu służyć za pobudkę do zamordowania brata, po którego śmierci żadnej a żadnej korzyści dla siebie spodziewać się nie mógł, gdy owszem, śmierć brata musi tylko złe mieć następstwa dla obżałowanego, który o własnych siłach utrzymać się nie może.

Gdy więc niebyło najmniejszej pobudki do czynu tak okropnego, musimy gdzieindziej szukać przyczyny morderstwa.

W przypadku obecnym, dwie tylko można przypuścić przyczyny: to jest, że Franciszek Szcz. w chwili dopuszczenia się

---

[7]) Wszystkie szczegóły wyjęte są z aktów; wyciąg wyżej podany mieści w sobie ważniejsze tylko okoliczności, a podałem go z notatek moich; aktów zaś obecnie nie mam i dla tego też wyciągu uzupełnić nie mogłem.

zbrodni był pijanym, albo, że chwilowo znajdował się pod wpływem jakiegoś zboczenia umysłowego.

Z zeznań świadków wynika, że Franciszek Szcz., używszy w tym dniu dość znacznej ilości napoju wyskokowego, z pewnością był podpity. Wątpliwą atoli jest rzeczą, czy był zupełnie pijanym, jak sam zapewnia, a powątpiewają o tem nietylko świadkowie, ale cały przebieg każe domyślać się, że niebył całkiem pijanym, bo przybywszy do domu, przez dłuższy czas stał na jednem miejscu, z założonemi rękami, zachowując się całkiem spokojnie, dopiero nagle, bez najmniejszego powodu, zerwał się, ugodził brata, gonił za bratową, i w kilka chwil poźniej zjawił się w domu P., tłomacząc zdarzenie migami, i był na tyle przytomnym, że wiedział, że czyn ten nie ujdzie mu bezkarnie. Trudno więc przypuścić, aby tak prędko mógł się wytrzeźwić, a nadto, sprzeciwia się doświadczeniu, aby człowiek, który w stanie pijanym zachowuje się spokojnie, niebędąc wcale wyzwanym ani drażnionym, dopuścił się morderstwa[8]). Dlatego niemożemy twierdzić, że Franciszek Szcz., dopuścił się czynu w stanie zupełnego upojenia (jakiego domaga się ustawa karna).

Skoro więc pierwsza przyczyna odpada, musimy zwrócić uwagę na drugą, to jest na stan umysłowy Franciszka Szcz., w ogólności, a w chwili dopuszczenia się zbrodni w szczególności[9]).

Franciszek Szcz. nie cierpi obecnie żadnej choroby umysłowej, jednakowoż jest głuchoniemym od urodzenia i odpowiedniego wykształcenia w zakładzie nie odebrał. Człowiek taki niema sposobności do rozwinięcia władz umysłowych, dorasta on, ale nie wychowuje się, a umysł jego pozostaje na szczeblu najniższym, pozostaje dziecięcym. A jeżeli ludzie wszystkiemi obdarzeni zmysłami, przy braku wszelkiego wychowania i nauki, stają się czasem idjotami, to tem mniej głuchoniemy, wśród podobnych stosunków, może rozwinąć pojętność, niedołężnieje on na umyśle i staje się idjotą w mniejszym lub większym stopniu. Dlatego też lekarze zgadzają się między sobą, że głuchoniemy taki powinien być uważany za niedołężnego pod względem umysłowym, a więc za człowieka bezwłasnowolnego. Za takiego też wypada nam poczytać Franciszka Szcz., w ogólności, bez względu na stan, w jakim chwilowo mógł znajdować się, podczas popełnienia

---

[8]) Zresztą nie było amnezji; obżałowany nie tylko bezpośrednio po czynie opisał fakt, ale i przy badaniu tak w sądzie powiatowym, jako i w krajowym w zupełności przypomniał sobie zdarzenie.

[9]) Następuje tu pogląd teoretyczny na własnowolność głuchoniemych, który opuszczam, aby nie powtarzać tego, co na wstępie podałem obszerniej: streszczam więc ustęp w mowie będący w kilku słowach.

morderstwa. Nie sprzeciwia się zapatrywaniu temu okoliczność, że zdołał wyuczyć się kołodziejstwa, bo doświadczenie poucza, że idjoci do prac mechanicznych o wiele nawet subtelniejszych częstokroć są zdolnymi.

Nie ku wykazaniu więc bezwłasnowolności Franciszka Szcz., co po wywodzie powyższym byłoby zbytecznem, lecz w celu wytłomaczenia tego rzadkiego zjawiska, że głuchoniemy stał się mordercą, a w szczególności, w celu odkrycia może przyczyny, dlaczego Franciszek Szcz. dopuścił się czynu, zastanowimy się nad stanem jego w dniu 6 grudnia.

Nie przypuściliśmy, aby obżałowany w chwili popełnienia morderstwa był zupełnie pijanym, ale nie ulega wątpliwości, że był znacznie rozmarzonym. Nadomiar tego odezwała się w nim, czy to w skutek użytego napoju, czy też z innych przyczyn, chuć płciowa, do tego stopnia wygórowana, że usiłował zaspokoić ją na włościaninie W. bez względu na płeć jego i osoby w izbie przytomne. Zapewne i szamotanie się w sklepie u kupcowej G. również na karb tego popędu kłaść należy. Rozogniony więc i napojem [10]) i chucią płciową, przybywa do domu, lecz tu przez $^1/_2$ godziny blisko zachowuje się całkiem spokojnie, stojąc zadumany, z rękami założonemi; widoczna, że po kilkogodzinnem wysileniu, nastało u niego pewne otrętwienie, lecz co wtedy działo się w umyśle jego, wiedzieć trudno, bo sam stanu swego opisać nie może, a prawdopodobnie nawet opisać by go nie umiał, choćby niebył głuchoniemym. Wiadomo, że człowiek pod podobnemi pozostający wpływami, co Franciszek Szcz. skłonnym jest do złudzeń i omamień zmysłowych; czyż więc nie jest możebnem, że badany, chwilowo pozostawał pod wrażeniem złudzenia lub omamienia wzroku [11]); że mając przed sobą potworne jakieś zwierzę— jak to pijakom częstokroć się przywiduje — lub brata swego za takowe uważając, porwał siekierę i ugodził go? Jestto wprawdzie tylko domysł, do stwierdzenia którego niemamy podstawy pewnej; lecz, w każdym razie, czyn Franciszka Szcz. popełniony został bez wszelkich pobudek i przygotowań, musiał więc być wypływem jednej chwili,

---

[10]) Na pytanie sądu, czy napoje wyskokowe bardziej działają na głuchoniemego, aniżeli na innego człowieka, dla braku doświadczenia w tym względzie, nie mogliśmy udzielić odpowiedzi; ponieważ zaś odporność przeciw napojom wyskokowym, okazuje się znacznie zmniejszoną u wielu chorych na umyśle, zwłaszcza, jeżeli choroba jest następstwem obrażeń głowy, jak niemniej u idjotów, przypuścić można, że podobny stosunek zachodzi także u głuchoniemych

[11]) Najczęściej wprawdzie zdarzają się omamienia słuchu; głuchoniemota atoli wrodzona lub wcześnie nabyta wyklucza takowe.

w której obżałowany pozostawał pod wrażeniem jakiegoś uczucia lub omamienia, bliżej oznaczyć się niedającego. Wspomnieliśmy już powyżej, że w kilka minut poźniej, już był na tyle przytomnym, że wiedział co go czeka, z czego również wynika, że nie samo upojenie, lecz inne jeszcze okoliczności działać nań musiały. Z tych powodów nieśmielibyśmy poczytać obżałowanego za własnowolnego, w chwili popełnienia morderstwa, nawet w razie gdyby niebył głuchoniemym; przy obecności zaś tego kalectwa, z tem większą pewnością orzekamy, że był i jest bezwłasnowolnym.

Czynem swoim dowiódł niezaprzeczenie Franciszek Szcz., że jest niebezpiecznym dla otaczających, lecz trudno byłoby odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób możnaby go uczynić nieszkodliwym. Pomieszczenie go bowiem w domu obłąkanych, byłoby zarówno niestosownem, jak oddanie do zakładu głuchoniemych. Jako głuchoniemy bowiem, niemoże i niepotrzebuje być leczonym w domu obłąkanych, a nie jest on znów w tak wysokim stopniu niedołężnym na umyśle, aby go tam trzymano dla pielęgnowania; pomieszczeniu zaś w zakładzie głuchoniemych, stoi na przeszkodzie nietylko wiek, ale i szkodliwość jego dla innych kalek. W każdym razie atoli, powinien Franciszek Szcz. pozostawać pod ścisłym dozorem, czy to rodziny, czy gminy.

W skutek tego orzeczenia śledztwo przeciw Franciszkowi Szcz. zaniechanem zostało.

*
* *

Gdybym teraz miał orzekać o tym przypadku, wypracowałbym może zdanie inaczej, ale ostatecznie musiałbym dójść do tych samych wniosków. Pomijając zasadę co do bezwłasnowolności głuchoniemych w zakładzie niekształconych, to już sam czyn gwałtowny, okropny i niczem nieuzasadniony, musi wzbudzić podejrzenie, że takowy był wynikiem zboczenia umysłowego przemijającego, skoro o chorobie umysłowej trwałej, u obżałowanego, mowy niebyło i niema. Czynów podobnych dopuszczają się ludzie w obłędzie przemijającym (w ściślejszem znaczeniu, mania transitoria), w obłędzie padaczkowym, zadumowym, oraz w upojeniu. Ponieważ upojenie zupełne wykluczyłem, przeciw obłędowi zaś przemijającemu i padaczkowemu, przemawia przypominanie sobie całego zdarzenia, przeciw ostatniemu nadto, brak napadów epileptycznych, wypadałoby tylko pomyśleć o obłędzie zadumowym (raptus melancholicus), w którym człowiek również dopuszcza się czynów gwałtownych, o których atoli zachowuje pamięć, a następnie objawia żal i skruchę. Jednakowoż przeciw temu obłędowi przemawia znów brak objawów zadumy, oraz zachowanie się obżałowanego, bezpośrednio przed czynem.

Tak więc, drogą wykluczenia, doszedłbym znów koniecznie do omamień lub złudzeń zmysłowych, powstałych skutkiem otrucia wyskokowego i nawału krwi do mózgu.

Medycyna publiczna.

SPRAWY SZPITALNE

Sprawozdawca Dr. Dobieszewski.

Pod tą rubryką podawać zamierzamy czytelnikom przegląd postępu nauki w urządzeniach hygienicznych, organizacji służby szpitalnej: lekarskiej i administracyjnej, urządzenia opieki nad choremi, jak nie mniej, zmiany w gospodarstwie, czyli ekonomji szpitalnej, zaszłe już, lub projektowane w rozmaitych krajach i miastach Europy.

Zaczniemy od spraw domowych, bo te najmocniej nas obchodzą, nietylko z naszego stanowiska, lecz i dla tego, że rok obecny zaliczać się będzie do tych, w których rozpoczęła się reforma.

Tak jest, ubiegłą kadencję sejmową uważać należy za pierwszy krok do reformy, na którym poprzestać już nie można, lecz ciągle i wytrwale postępować naprzód.

Do niedawna jeszcze, bo w wielu miejscowościach do r. 1868., nie było mowy w Galicji o żadnej administracji lub organizacji szpitalnej. W Tarnopolu, Zaleszczykach, Kołomyi, Brzeżanach, Sanoku i wielu innych miejscowościach, a w Złoczowie do dziś dnia jeszcze, szpitale zostawały w ręku prywatnych przedsiębiorców, najczęściej izraelitów, którzy albo byli sami chirurgami (Brzeżany, Złoczów, Wadowice i t. d.), albo przybierali sobie do współki chirurgów. Smutna opinja jaką sobie wyrobiły szpitale w Galicji, od tego datuje się czasu, opinja ta była tak rozpowszechnioną, że na wspomnienie o szpitalu, dreszcz przejmował wszystkich, i żadne nie pomagały perswazje, żadne namowy, aby dobrowolnie ktoś do szpitala się udał. Stan ich znacznie się poprawił, gdy przeszły w administrację gmin, gdy reprezentacja kraju opiekować się niemi zaczęła, a jej przedstawiciel, Wydział krajowy, rozciągnął nad niemi opiekę, wiele jednak do życzenia pozostawiają [1]). Potrzeba długiej i wytrwałej pracy, aby z takiego zaniedbania w jakiem zostawały, instytucje te doprowadzić do porządku, aby były istotną instytucją humanitarną, tak pojętą, jak cywilizacja obecna humanizm pojmuje. Jaką drogą dojść do tego? zastanawiać się tu będziemy.

[1]) Stan szpitali powszechnych w Galicji w 1871 r. Sprawozdanie złożone Wydziałowi krajowemu Król. Galicji i t. d. przez Dra Dobieszewskiego. Lwów 1871 r.

W dopiero co zacytowanem sprawozdaniu, wytknąłem sześć punktów, w których tkwią dzisiejsze ich niedostatki. Każdy z nich wymaga szczegółowego rozebrania, a może nawet dłuższej dyskusji. Pozwolę sobie tutaj je przytoczyć:

Powiedziałem tam: wszystkim szpitalom powszechnym w Galicji, Pierwszy zarzut uczynić można, że się coraz bardziej wyludniają z chorych; w niektórych cyfra ich tak gwałtownie maleje, że, gdyby stan ten trwać miał dalej, pozamykaćby je nie długo należało.

2⁰ W administracji nie ma żadnej wspólnej normy, każdy inaczej się rządzi i rządzi się po swojemu.

3⁰ Nie ma dokładnego i odpowiedniego zarządu, a Rady szpitalne nie mają dokładnie wskazanego zakresu swego działania.

4⁰ Służba lekarska jest bardzo źle płatną; lekarz jest postawiony w nieustannej zależności, która działalność jego krępuje lub uniemożliwia. To samo powiedzieć można o służbie administracyjnej.

5⁰ Służba niższa zła, zdemoralizowana, w wielu miejscach źle płatna; brak przytem wszelkiej nad chorymi opieki.

6⁰ Nakoniec, w wielu miejscach brak stosownego budynku. W sprawozdaniu przytoczonem, niepodobna mi było, z dostateczną dokładnością, rozebrać wszystkich tych punktów, a rzecz godna rozbioru, boć przyzna każdy, że podobne wady mocno dolegają, i jeźli mamy odwagę mówić publicznie o poprawie błędów, jeźli w istocie los tych instytucji jest nam drogim, to jak najprędzej starajmy się tym kardynalnym niedostatkom zaradzić.

Nie będę rozbierał ich po kolei, lecz zacznę od punktu czwartego, kiedym bowiem pisał me sprawozdanie, sejm już był zwołany i spodziewać się można było, że zajmie się reorganizacją szpitali.

Tak się też stało, a jakkolwiek tego cośmy otrzymali, reorganizacją zupełną nazwać nie można, i niepodobna na tym punkcie pozostać, to przecież przyznać należy, że to co się dokonało, stanowi podstawę do przyszłej reorganizacji. Lekarzom podwyższono płacę, niestety tylko w Krakowie i Lwowie, prowincjonalni pozostali jak byli, czas doprawdy i o nich pomyśleć. Co do dwóch stolic naszego kraju, to odtąd, będziemy mieli prawo wybierać najlepszych, wymagać tyle ile wymagać potrzeba, aby służba szpitalna była wzorową. Niedość jednakże zapłacić lekarza, trzeba jeszcze tak maszynę całą urządzić, aby szła dokładnie i na wszelkie wypadki była przygotowaną, jednem słowem, trzeba aby szpital był szkołą, kształcącą lekarza w całem znaczeniu tego wyrazu. Co to znaczy wykształcić lekarza szpitalnego? — Znaczy to go zmusić

postępować krok w krok za rozwijającą się nauką, aby go ani nie krępować zbytecznie, ani nie dawać mu za nadto wielkiej samodzielności, dopóty, dopóki na nią nie zapracuje, t. j. dopóki nie przejdzie pewnych studjów, polegających na tem, iżby nawykł stosować to w praktyce, czego się nauczył w teorji. O taką szkołę domagam się nieustannie, a z zadowolnieniem spostrzegłem, że się wielu lekarzy na to ze mną zgada, i w tym samym duchu zrobił przedstawienie ś. p. prof. Gilewski, kiedy w imieniu Wydziału Lekarskiego, jako jego dziekan, udzielał opinji w roku zeszłym, o jednym z wychowańców szkoły krakowskiej, który się ubiegał o posadę szpitalną.

Takiej szkoły zarodek znajdujemy w ostatniej uchwale sejmowej, regulującej etat służby lekarskiej i administracyjnej. Rozpatrzmy uchwałę:

Uchwała.

Sejmu Królestwa Galicji i Lodomerji z Wielkiem Ks. Krakowskiem, o służbie lekarskiej i administracyjnej w szpitalach powszechnych we Lwowie, oraz Sgo Łazarza i św. Ducha w Krakowie.

Szpital powszechny we Lwowie.

Art. I. Na czele administracji szpitala, tak pod względem sanitarno-policyjnym jak i ekonomicznym, stoi dyrektor szpitala. Tenże winien być doktorem medycyny, i pobiera płacy 1.600 złr. w. a. rocznie z dodatkiem 100 złr. po każdem z 4 pierwszych pięcioleci zadowalniającej służby, na tej posadzie pełnionej. Obowiązany jest mieszkać w szpitalu. Jak długo jednak, mieszkanie nie mogłoby być w gmachu szpitalnym wyznaczonem, wypłacane mu będą 300 złr. rocznie na mieszkanie.

Art. II. §. 1. Jak długo istnieje obowiązkowe połączenie lwowskiego szpitala powszechnego z klinikami, szkołą chirurgiczną i praktycznym wykładem dla akuszerek, i jak długo, z mocy tego obowiązkowego połączenia, zastrzeżonem zostaje, że profesorowie pomienionej szkoły są zarazem prymarjuszami przy szpitalu, również jak długo zakłady krajowe dla położnic i obłąkanych pod jednym zarządem i dyrekcją i w jednym gmachu ze szpitalem powszechnym we Lwowie są połączone, będą w tymże szpitalu następujące posady:

A. Służby lekarskiej: a) w Zakładzie chorych: w oddziale chorób wewnętrznych dwie posady prymarjuszów, jedna z kliniką i mniejszą liczbą chorych dla profesora, z dodanym sekundarjuszem, druga zaś z większą liczbą chorych, bez kliniki, dla prymarjusza, który nie jest zarazem profesorem, także z pomocą jednego sekundarjusza.

W oddziale chorób zewnętrznych również dwie posady prymarjuszów, urządzone w sposób powyższy, z pomocą dwóch sekundarjuszów, po jednym przy każdym prymarjuszu.

W oddziale chorób kiłowych i naskórnych: dwie posady prymarjuszów nie profesorów i dwóch sekundarjuszów; wreszcie, w oddziale chorób ocznych: jeden prymarjusz nie profesor i jeden sekundarjusz.

b) w zakładzie położnic: jeden prymarjusz profesor, jeden sekundarjusz i akuszerka.

c) w zakładzie dla obłąkanych: dwie posady prymarjuszów nie profesorów, z których jeden dla oddziału męczczyzn, drugi dla oddziału kobiet, z pomocą sekundarjusza dla każdego.

d) dla całego szpitala: posady prosektora i chemika patologicznego, oraz trzech praktykantów-doktorów medycyny.

Ogółem ustanowione być mają posady stałe: dziesięciu prymarjuszów, jednego prosektora, jednego chemika patologicznego i jednej akuszerki; posady czasowe: dziesięciu sekundarjuszów i trzech praktykantów-doktorów medycyny.

§. 2. a) Dla wszystkich prymarjuszów, którzy nie są zarazem profesorami, również dla prosektora, ustanawia się roczna płaca na 1.200 złr. a. w. wraz z prawem żądania, trzykrotnie, po każdem pięcioleciu zadawalniającej służby, na tej posadzie odbytej, podwyższenia płacy o 100 złr. a. w.; dla chemika patologicznego ustanawia się rocznej płacy 800 zł. a. w.

b) dla sekundarjuszów, którzy nie są zarazem asystentami klinicznymi, ustanawia się rocznej płacy po 600 zł. a., dla sekundarjuszów, którzy są asystentami po 300 zł. a.

c) Akuszerka pobierać będzie rocznej płacy 400 zł. z dodatkiem mieszkania i opału.

d) Praktykanci, którzy winni być doktorami medycyny, otrzymają zasiłek (adjutum) rocznie po 400 zł. a.

Art. III. Dla służby administracyjnej ustanawiają się następujące posady:

a) Rządcy, kasjera i rachmistrza. Każdy z nich ma złożyć kaucję wyrównającą rocznej płacy.

Rządca otrzyma mieszkanie z dodatkiem 12 sągów drzewa opałowegó i 1.000 złr. rocznej płacy.

Kasjer pobierać będzie 800 zł. a. rocznej płacy i 200 zł. a. na mieszkanie.

Rachmistrz 600 zł. a. rocznie i 120 zł. a. na mieszkanie.

b) do pomocy w kancelarji dyrekcji i zacządu ustanawia się dwie posady pisarzy stałych z roczną płacę po 500 zł. a.

Gdyby się potrzeba okazała, może Wydział krajowy pewną liczbę pisarzy dziennych przyjąć.

c) dla niższych usług ustanawia się: posadę woźnego z płacą 300 zł. a. roczn. i 60 zł. na przepisany ubiór, tudzież dwóch odźwiernych z płacą roczną 250 zł. a. i po 60 zł. a. na przepisany ubiór, do tego mieszkanie z opałem; wreszcie dozorcy służby obłąkanych z płacą 300 zł. a.

d) Do obsługi maszyny parowej i wykonania pomniejszych robót, utrzymywanym będzie: egzaminowany maszynista-ślusarz. Tenże otrzyma wynagrodzenia 480 zł. a. rocznie, wraz z mieszkaniem i opałem.

Art. IV. Przy szpitalu lwowskim ustanawiają się stałe posady kapelanów, po jednym z obydwóch obrządków katolickich, rzymsko-katolickiego i greckiego. Roczna płaca dla każdego z tych kapelanów, ustanowić się ma na 600 złr. w. a. z dodatkiem 200 na pomieszkanie, z policzeniem w to płacy z innych funduszów publicznych pobieranej.

Art. V. Posady: dyrektora, prymarjuszów, prosektora, chemika, akuszerki, rządcy, kasjera, rachmistrza i dwóch pisarzy, są stałe.

Art. VI. Aż do ostatecznego urządzenia stosunku miasta Lwowa do zakładu chorych w szpitalu lwowskim, fundusz krajowy ponosić będzie nadwyżkę wydatków, z niniejszej uchwały wypływającą, a Wydział krajowy aż do tej chwili, posady w art. IVtym za stałe uznane, wyjąwszy posady dyrektora, obsadzać będzie w sposób prowizoryczny. Również aż do tej chwili mianuje Wydział krajowy kapelanów prowizorycznie, na przedstawienie odnośnych ordynarjatów (konsystorzy).

Szpitale św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie.

Art. VII. Dla szpitala św. Łazarza ustanowione będą dwie nowe posady praktykantów lekarskich, którzy winni być doktorami medycyny; dla oddziału zaś obłąkanych w szpitalu św. Ducha, nowa posada sekundarjusza.

Art. VIII. Profesorowi położnictwa w Krakowie, o ile pełni obowiązki lekarza ordynującego w oddziale 3. szpitala św. Łazarza, przeznacza się wynadgrodzenie w kwocie 200 złr. a. w. rocznie.

Art. IX. Płace przy szpitalach krakowskich będą następujące:

A. Dla służby lekarskiej.

Płaca dyrektora: 1.600 złr. z dodatkiem po 100 złr. po każdem z czterech pierwszych pięcioleci zadowalniającej służby na tej posadzie spełnionej; prymarjuszów po 1.200 złr. z dodatkiem po 100 złr. po każdem z trzech pierwszych pięcioleci zadowalniającej służby na tej posadzie spełnionej; sekundarjuszów po 600 złr.; praktykantów po 400 złr.; akuszerki 400 złr. z dodatkiem mieszkania i opału.

B. Dla służby administracyjnej.

a) Przy szpitalu św. Łazarza:

Rządcy: 1.000 złr. z mieszkaniem i 100 złr. na opał i swiatło.

Kontrolera: 800 złr. i 200 złr. na mieszkanie.

Kancelisty: 600 złr. i 120 złr. na mieszkanie.

Woźnego: 300 złr. i 60 złr. na przepisany ubiór.

b) Przy szpitalu św. Ducha:

Rządcy: 800 złr. i 200 złr. na mieszkanie, opał i światło.

Pisarza dyrekcji: 800 złr.

Woźnego: 300 złr. i 60 złr. na przepisany ubiór.

Art. X. Wydział krajowy wejdzie w umowę z właściwemi profesorami Uniwersytetu Jagielońskiego, co do wykonywania sekcji patologicznych i rozbiorów chemicznych dla szpitali św. Łazarza i św. Ducha.

Art. XI. Przy szpitalu św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie, ustanawia się stała posada kapelana, z roczną płacą 600 złr. w. a. i 200 złr. w. a. na pomieszkanie, z policzeniem w to płacy z innych funduszów publicznych pobieranej.

Art. XII. Uchwała niniejsza wchodzi w życie dnia 1. Stycznia 1872 roku.

Lata służby lekarskiej, pełnionej w szpitalach lwowskim i krakowskich, przed 1szym stycznia 1872 r. nie będą policzone do lat dających prawo do dodatków po 100 złr., przyznanych w art. I., art. II. §. 2. art. VIII. A. niniejszej uchwały.

Uchwała ta wprowadza nowy rodzaj lekarzy szpitalnych, z tytułem praktykantów. Dla zajęcia tych posad należy posiadać tylko stopień naukowy lekarski. Z natury rzeczy zatem, są one posadami pomocniczemi, — i w istocie, pomogą niewątpliwie do uorganizowania szkoły lekarskiej szpitalnej. Potrzeba jednak do tego jeszcze pewnego określenia sposobu awansu w służbie szpitalnej, potrzeba rozwinąć ten punkt uchwały, w ten sposób, aby, zjednej strony, nikt prosto z ławki szkolnej, nie mógł zostać lekarzem wyższego stopnia, ani lekarzem pomocniczym (sekundarjuszem), a tembardziej lekarzem ordynującym (primarjuszem), kto nie przebył pewnego czasu na takiej posadzie praktykanta. Tacy praktykanci, odpowiadają sekundarjuszom drugim, w szpitalach wiedeńskich, zbliżają się z zakresu swego działania, do internów szpitali francuzkich, podobnych posad nie ma w Królestwie Polskiem, nie ma ich i w Rosji, a bardzoby się przydały. Bo w istocie, czyż podobna młodemu lekarzowi, tylko co opuszczającemu ławkę szkolną, dać zupełną samodzielność?— powierzyć oddział szpitalny? —Jeżeli taki młody lekarz przebył lat parę na posadzie asystenta klinicznego, to rzecz inna zupełnie, ale, asystentów jest nie wielu; do szpitala zgłaszają się ludzie nie wyrobieni, zatem instytucja, kształcąca ich po za obrębem uniwersytetu, jest wielkiem dobrodziejstwem.

Wydział krajowy zatem, wniósłszy projekt do Sejmu, utworzenia posad praktykantów, zrobił rzecz wielce pożyteczną tak dla szpitali, jak i dla kraju.

Lecz jakiż zakres naznaczyć służbie praktykantów? — chodzi tu o czas i o obszar działania. Gdybyśmy mieli tylko na uwadze, służbę szpitalną, nie wahalibyśmy się czas ten na lat pięć lub cztery oznaczyć. W służbie szpitalnej bowiem tyle się spotyka szczegółów, postęp nauki lekarskiej tak jest wielki, że czas ten, nie byłby bynajmniej za długi. Ale zwróciwszy uwagę na to, że tym sposobem, zamknęłoby się pole dla młodych lekarzy wykształcenia praktycznego, że, w przecięciu, o ile nam wiadomo, po 15 z uniwersytetu jagiellońskiego, rok rocznie, wychodzi, czasu tak

długiego na służbę dla praktykantów zakreślić nie można, i raczej ją do dwóch lat ograniczyć, tymbardziej, że mamy ich tylko dwóch w Krakowie a trzech we Lwowie.

Liczba praktykantów jest za małą, aby rzetelną dla szpitala i dla kraju przynosiła korzyść, trzeciej bowiem tylko części młodzieży lekarskiej opuszczającej wszechnicę, podaje się możność wykształcenia się praktycznie; miejmy jednak nadzieję, że skoro Wydział krajowy, nabierze przekonania, że posady te korzyść rzetelną krajowi przyniosą, powiększy ich liczbę, a raczej zaproponuje Sejmowi ich powiększenie. Zresztą, będzie to obowiązkiem Inspektora szpitali, dowieść Wydziałowi ich użyteczności.

Powiększenie to tem jest pożądańsze, że oddziały specjalne, jak: oddziały chorób syfilitycznych i skórnych, chorób umysłowych, chorób ocznych, praktykantów wcale mieć nie będą, bo gdy we Lwowie, trzy tylko posady utworzono, a dwie w Krakowie, o specjalnych oddziałach mowy prawie być nie może. Brak psychjatrów wszędzie się czuć daje, w Galicji, mamy dotąd dwóch tylko lekarzy, dokładnie w tym kierunku wykształconych, ta sama trudność zachodzi i w Królestwie Polskiem, chociaż tam pięciu przynajmniej takich specjalistów już policzymy, wykład bowiem psychjatrji, jest obowiązującym i od r. 1861. prowadzi się ciągle. Równy ich brak czuje się w Wiedniu. Dla tego poruszyłem myśl, utworzenia bodaj stypendjum [1]), aby dać możność młodym lekarzom wykształcić się w psychjatrji, za granicą, a zanim to nastąpi, przynajmniej niezbędną będzie posada praktykantów na oddziałach chorób umysłowych w Krakowie i we Lwowie.

Jeżeli lekarz wykształci się przez lat dwa w służbie szpitalnej, sprawdzi przy łóżku chorego, to, czego się w szkole nauczył, jeżeli nabierze wprawy w badaniu chorych i z administracją szpitalną obezna się nieco,—mamy gotowego już sekundarjusza.

Zakres więc działania praktykanta lekarskiego jest nie wielki, i inaczej być nie może: on się więcej uczyć musi dla siebie, niż pracować dla szpitala, ale ta dla instytucji wielka z niego wynika korzyść, że po dwóch latach, mamy z niego już wyrobionego lekarza szpitalnego.

Co do czasu służby i zakresu działania sekundarjusza, ta zależną jest od dwóch okoliczności: od ilości praktykantów i od ich stopnia wykształcenia się. Nie potrzebujemy dodawać, że w niektórych przypadkach dwa lata służby szpitalnej, nie wystarczą, w innych czas ten będzie dostateczny, do wykształcenia w służbie szpitalnej młodego lakarza, aby mógł objąć obowiązki sekundarjusza.

---

[1]) Przegląd lekarski Nr. 37. r. 1871.

Tego ostatniego zadanie jest inne niż praktykanta, z niego już szpital mieć musi korzyść, jemu nie wolno wyłącznie dla siebie pracować.

Jużem to raz powiedział[1]) że dzisiejsza instrukcja dla sekundarjusza, niewystarcza do wykształcenia go na samodzielnego lekarza, że, w niektórych razach, tylko zniechęcić się i zapomnieć może tego czego się nauczył w szkole. Jeżli więc z niego ma być z czasem lekarz ordynujący, będzie to nieraz tylko rutynista, bez zastanowienia zapisujący to co zapisywał chorym jego przewodnik— lekarz ordynujący, dosadniej mówiąc, stać się może, przepisywaczem cudzych recept.

Potrzeba więc zakres jego działania rozszerzyć, ale jak się z doświadczenia, w roku ubiegłym, przekonałem, nie jest to tak łatwe, potrzeba tu bowiem przewidzieć wszystkie mogące zajść okoliczności, które na rozwój służby, niekiedy fatalnie wpływają. Zdaje mi się, iż najlepiej będzie zostawić ułożenie zakresu działania sekundarjusza, lekarzowi ordynującemu, albowiem, jakkolwiekbyśmy pierwszego zrobili samodzielnym, korzyść naukowa, jaką ze szpitala wyciągnie, zawsze zależeć będzie od tego, przy kim w szpitalu służyć będzie; — tu ogólna instrukcja do niczego nie doprowadzi, owszem, ona sekundarjusza tak skrępuje, że on się niczego nauczyć nie będzie w stanie, i stanie się tylko maszyną do kopjowania recept swego starszego kolegi (lek. ordynującego), albo go usamowalniając zupełnie, zrobi chaos, zamieszanie, które cały ład w szpitalu w gruzy obróci.

Zdaniem naszem, przy organizacji takich instytucji jak instytucje szpitalne; lub im podobne, nie należy pisać instrukcji i ustaw z góry, przy zielonym stoliku, kto się chce brać do podobnej roboty, ten musi znać dokładnie ustrój organiczny szpitali w bardzo wielu krajach, i nie wolno mu poprzestawać na obeznaniu się z nim z książek, ale na miejscu zbadać ma ducha tego ustroju, porównać stosunki tamte z miejscowemi i przedewszystkiem ocenić rozważnie: czy są one podobne do naszych, bo to co gdzie indziej doskonałe wydaje owoce, u nas może się wydać nie do przeprowadzenia.

We Francji, Królestwie Polskiem, Rosji i Anglji, inne spotykamy urządzenie służby lekarskiej szpitalnej, niż w Galicji. W pierwszym z tych krajów pomocniczą służbę pełnią nie ukończeni lekarze, lecz interni i externi, którzy są uczniami medycyny, w Królestwie Polskiem, w Rosji i Anglji, jest prawie jednakie

---

[1]) Patrz Listy o szpitalach w ogólności, i o szpitalu powszechnym lwowskim. List pierwszy. Napisał Dr. Dobieszewski. Lwów 1870.

urządzenie: nad każdym szpitalem większym, znajdujemy przełożonego służby lekarskiej — Naczelnego Lekarza, kierunek służby lekarskiej jest w jego rękach, jest on zawsze lekarzem ordynującym, lecz nie kieruje administracją, wszelako ma w niej głos decydujący. Pomocniczą służbę szpitalną pełnią chirurgowie, felczerami zwani, którzy przechodząc studja przygotowawcze, otrzymują stopnie młodszego felczera, a po odbyciu praktyki szpitalnej i ukończeniu szkoły felczerów, poddają się powtórnie egzaminowi, dla otrzymania stopnia starszego felczera. W Anglji pomocnikami są chirurgowie, lecz spotykałem, w niektórych szpitalach, na tych stanowiskach, zwyczajnych posługaczy, tylko niepodobnych do naszych, ale inteligentnych i umiejących to do czego się zobowiązali.

Tylko w Niemczech i w Austrji znajdują się w szpitalach pomocnicy-doktorowie medycyny, więc ułożenie stosunku między niemi a lekarzami ordynującemi jest trudniejsze. W Wiedniu idzie służba wybornie, sekundarjusz jednak pozbawiony jest wszelkiej samodzielności, ślepo słucha poleceń lekarzy ordynujących, kopjuje ich czynności; ale w Wiedniu posady lekarzy ordynujących, zajmują ludzie wysoko wykształceni, docenci, profesorowie uniwersytetu, a nawet ludzie już europejskiej sławy naukowej, cóż więc dziwnego, że młody lekarz ślepo ich naśladując, jakkolwiek nie zawsze się rozwinie, to jednak bardzo się naukowo wykształci. Gdzieindziej stosunek ten jest trudniejszy, i dla tego, im bardziej naukowi ludzie zajmować będą posady lekarzy ordynujących, tem stosunki między niemi a ich pomocnikami, będą łatwiejsze, bo tacy ludzie, przez swych młodszych kolegów, muszą być uszanowani, i niewątpliwie wzajemnie nauczyć też ich wiele potrafią.—Lecz obowiązkiem ich jest dbać o to, aby tak sekundarjusze, jak i praktykanci-lekarze, korzystali o tyle o ile tylko będzie można, z nagromadzonego materjału naukowego w szpitalu, a jeżeli to jest ich obowiązkiem, instrukcja powinna ich do tego obowiązywać. Tak też i jest, zasady tego obowiązku w niej są zawarte, lecz rozwinięcie nastąpić dopiero może wtedy, gdy praktyka wykaże w jakim kierunku, rozwinięcie to nastąpić powinno. Określenie tego stosunku z góry, jest niepodobne; — wydałoby, powiadam, takie owoce, jak zastosowanie instrukcji, spisanych przez ludzi, którzy nigdy nie służyli w szpitalu.

Jeszcze słów kilka o liczbie lat służby lekarzy pomocniczych: Czas jej również zależeć musi od dwóch okoliczności, od potrzeby wykształcenia się lekarza w służbie szpitalnej, i od potrzeby większej lub mniejszej ilości lekarzy umiejętnych w kraju. Nam się zdaje, że obydwóm tym warunkom trudno jednocześnie zadość uczynić, potrzeba lekarzy jest wielką, więc im prędzej przybywać będzie kontyngens takich ludzi, tem dla kraju lepiej, im jednak

dłużej lekarz w szpitalu pozostaje, tem lepiej się wykształcić może. Godząc jednak jedno i drugie, czas służby lekarza praktykanta na lat dwa, a czas służby lekarza pomocniczego na lat cztery zakreślić by wypadało, byłoby zapewne logiczniej i pożyteczniej nawet, skoroby obaj po lat cztery służyli, bo by się lepiej wyrobić mogli. Ale tym sposobem wstrzymałby się dostęp młodym lekarzom do szpitali, gdzie jedynie dalej na drodze umiejętnej kształcić się mogą.

Lecz nie tu jeszcze leży rozwiązanie zadania, nie tu jest jądro kwestji; — służba lekarska w naszych szpitalach, winna być tak zorganizowaną, aby stanowczo była oparta na zasadzie, iż ten tylko może zostać sekundarjuszem, kto przez lat dwa najmniej służył gorliwie w szpitalu jako praktykant lekarski, a ten tylko zostać może lekarzem ordynującym, kto przebył lat kilka, pracując sumiennie, na posadzie lekarza pomocniczego lub asystenta klinicznego, bo szpital i klinikę uważam za jednakie źródło wykształcenia naukowego lekarza. Zasada ta jest już stosowaną w praktyce, przy obsadzaniu posad lekarskich, jest przestrzeganą do tego stopnia, że nasz Wydział krajowy, w ogłoszonych obecnie konkursach, na lekarzy ordynujących, w oddziałach specjalnych, wymagał dowodów specjalnego wykształcenia. Skoro się coraz więcej lekarzy garnąć zacznie do szpitali, skoro w nich samych wyrobi się zamiłowanie w studjach szpitalnych, gdy nie będą wyglądać, aby, jak najrychlej dostać lada jaką posadę, byleby tylko dawała więcej niż posada szpitalna, zasadę tę w całej rozciągłości będzie można zastosować, a publiczność nasza, tak jak publiczność francuska, szczególniej do lekarzy szpitalnych zaufanie okazywać będzie.

Ważnym niedostatkiem, błędem raczej, dzisiejszej służby szpitalnej lekarskiej, jest czas zakreślony dla działalności lekarzy ordynujących. Wynosi on lat c z t e r d z i e ś c i! Przypuściwszy więc, że lekarz w 20 roku wstąpi do służby szpitalnej, przy pomyślnym zbiegu okoliczności ukończy ją w 64 roku życia. Czy potrzeba dowodzić, że w tym wieku nikt nie jest w stanie podołać zadaniu lekarza szpitalnego?! W niektórych krajach (Belgja) czas ten znacznie skrócono, trzebaby i u nas o tem pomyśleć, a gdyby pensja emerytalna stawała temu na przeszkodzie, korzystniej będzie nie płacić jej lekarzom szpitalnym, a podnieść dotację roczną, aby mogli się sami ubezpieczać, w istniejących na ten cel Towarzystwach, i mieć na starość zapewnione utrzymanie.

Sprawa organizacji zdrojowisk krajowych

podał Dr. BLETTAIS.

Sprawy zakładów zdrojowych obecnie zwracają na siebie baczną uwagę wszelkich władz, tak rządowych, jako też samorządnych, a mianowicie w środkowej Europie. Ta nadzwyczajna troskliwość ze strony władz, ma swoje uzasadnienie w okoliczności, że z każdym dniem wzmaga się nadzwyczaj liczba osób, szukających pomocy lekarskiej w zakładach leczniczych, tak zdrojowych, jako też klimatycznych, w skutek czego ostatnie stają się, że tak powiemy, nieprzebranemi źródłami bogactwa krajowego. Z różnych stron dochodzą nas też ciągle wiadomości o powstawaniu nowych zakładów zdrojowych, lub o doskonalszem urządzeniu dawniej już istniejących.

Państwa niemieckie, szczególniej Prusy, pomimo, że od wielu lat wzorowe mają urządzenia w swoich zdrojowiskach, wzmocniwszy się pod względem politycznym, niezmordowanie jednak pracują nad udoskonaleniem tychże, o czem świadczą najnowsze rozporządzenia ministerjalne berlińskie.

Austrjo-Węgry, wiele posiadające zdrojowisk, niejednym wprawdzie szczycić się mogą zakładem zdrojowym, urządzonym według wymagań czasu i nauki; z tem wszystkiem, urządzenia ich zdrojowisk, a mianowicie we wschodniej części państwa, znacznie w tyle pozostają po za urządzeniami cesarstwa niemieckiego. Mamy tu na myśli Galicję, która pomimo, że od przyrody obdarzona jest wielce uzdrawiającemi wodami i miejscowościami, jakby stworzonemi na zakłady lecznicze klimatyczne, posiada jednak stosunkowo jeszcze mało takich zakładów, a urządzenia zdrojowisk istniejących, pod niejednym względem jeszcze bardzo wiele zostawiają do życzenia i nie odpowiadają wcale wymaganiom czasu i nauki. Tej to niestety okoliczności przypisać należy przyczynę, dla której po wszystkich prawie zakładach zdrojowych niemieckich, nasz naród bardzo licznie jest reprezentowany, pomimo, że dowiedzioną jest rzeczą, że wody nasze bynajmniej nie ustępują, co do skuteczności, niemieckim. Jakie ztąd szkody wypływają dla biednego naszego kraju, nie ma potrzeby rozwodzić się. Z radością witamy

też każden objaw organizacyjny, zwiastujący postęp — i każde urządzenie, rokujące lepszą przyszłość dla zdrojowisk krajowych.

Otóż goście bawiący podczas pory kąpielowej 1869. roku, w Krynicy, podali prośbę do Sejmu galicyjskiego, o zaprowadzenie potrzebnych zmian i ulepszeń, ku podniesieniu zdrojowisk krajowych. Sejm przejęty ważnością tej sprawy, tak pod względem polityczno-ekonomicznym, jako też humanitarnym, uchwalił na posiedzeniu, dnia 28 Września 1869. r. odbytem, przekazać prośbę w mowie będącą Wydziałowi krajowemu, z poleceniem, aby zniósłszy się z komisją balneologiczną przy Towarzystwie naukowem krakowskiem, odpowiednie wnioski sejmowi przedłożył. Komisja balneologiczna obradując w Maju 1870. r. nad tym przedmiotem, przyszła do przekonania, że w celu podniesienia zdrojowisk krajowych, starać się należy o wyjednanie dla nich, u władz dotyczących, ogólnego statutu, urządzającego stosunki zdrojowisk do Rządu, gminy, właściciela zdroju, gości i t. p. i w tej myśli poruczyła podkomitetowi „ad hoc“ wybranemu, wypracowanie rzeczonego statutu.

Zadanie to nie było tak łatwem, jak się na pierwszy rzut zdawało; bo jeżeli już w gronie podkomitetu, co do niektórych kwestji zasadniczych, nie można było osięgnąć porozumienia, pomimo kilkunastu odbytych posiedzeń, to w komisji balneologicznej, do której rzecz wróciła w Maju 1871. r., projekt do statutu dla zdrojowisk krajowych, przez podkomitet wypracowany, na większe jeszcze napotkał trudności i cały przedmiot, z powodu zbliżającej się pory kąpielowej, dla której wielu członków komisji zniewolonych było wydalić się z Krakowa, odroczonym został. Spodziewamy się, że komisja balneologiczna wkrótce na nowo weźmie sprawę statutu dla zdrojowisk krajowych pod ścisłą rozwagę, i przedłoży Wydziałowi krajowemu „elaborat,“ odpowiadający szczytnemu stanowisku, jakie ona w kraju zajmuje i zgodny z wymaganiami czasu i nauki. Sejm czeski wyprzedził nasz Sejm, wydając w r. 1868. ustawę, urządzającą znaczniejsze zdrojowiska czeskie. Z powodu, że napotykamy w tej ustawie niektóre kwestje zasadnicze, rozstrzygnięte w duchu, z jakim tak w wyżej wzmiankowanym podkomitecie, jakoteż w komisji balneologicznej krakowskiej, sławne nawet powagi lekarskie oswoić się nie mogły i nie chciały, nie będzie od rzeczy, jeżeli niżej podamy przekład polski całej ustawy, aby przez to tem łatwiej zwrócić na nią uwagę wszystkich tych, którzy będą brali udział w rozstrzygnięciu sprawy urządzenia zdrojowisk krajowych.

Czy i o ile ustawa czeska dałaby się zastosować do naszych zdrojowisk, w jednym z następnych zeszytów tego czasopisma napiszemy.

Przekład ustawy czeskiej.

Ustawa urządzająca sprawy zdrojowe w zdrojowiskach Karlsbad, Marienbad, Franzensbad i Töplitz-Schönau.

(Landesgesetzbuch v. 14 November 1868 XIV. Stück 38).

§. 1. Dotychczas istniejące komisje zdrojowe w zdrojowiskach Karlsbad, Marienbad, Franzensbad i Töplitz - Schönau znoszą się.

§. 2. Sprawy zdrojowe w zdrojowiskach mają być załatwiane przez gminy i to w poruczonym zakresie.

§. 3. Gminy rozrządzają w poruczonym zakresie, pod własną odpowiedzialnością, w szczególności funduszem zdrojowym i opłatą na muzykę.

§. 4. Obowiązkiem gmin jest:

a) czuwać nad tem, aby fundusze wzmiankowane wyłącznie na cele zdrojowe użytemi były;

b) dopełniać wszelkich zobowiązań, na tych funduszach ciążących;

c) starać się przedewszystkiem o utrzymanie wszystkich, kosztem tychże funduszów powstałych i o utworzenie nowych urządzeń i zakładów, ku wygodzie i uprzyjemnianiu pobytu gości służących.

Poszczególne umowy, istniejące dla pojedyńczych zakładów, w niczem nie zostają naruszone przez niniejszą ustawę.

§. 5. Naczelnik gminy oznacza taksę zdrojową i opłatę na muzykę, jak również podatek opłacany przez handlujących i domokrążców, i to według taryfy, przez władze polityczne podanej.

W przypadkach zażaleń, rozstrzyga ostatecznie władza polityczna powiatowa.

§. 6. Dochody i rozchody z funduszu zdrojowego, jako też opłaty na muzykę, mają być uwydatnione w księgach osobnych przez gminy prowadzonych.

§. 7. Dla układania i przyjmowania rocznego budżetu, jak również dla sprawdzania i przyjmowania rachunków, obowiązują przepisy w gospodarstwie gminnem istniejące.

Ułożony budżet i przyjęte sprawdzone rachunki, każdorocznie przez władzę polityczną powiatową, namiestnictwu przesyłać należy.

Namiestnictwo czuwać ma nad tem, aby fundusz zdrojowy wyłącznie na cele zdrojowe użytym został, nie wdając się bynajmniej w szczegóły i sposób jego użycia.

§. 8. Posadę lekarza zdrojowego znosi się.

§. 9. Gminy obowiązane są ustanowić jednego z lekarzy w zdrojowisku praktykujących, któryby czuwał nad zdrojowiskiem pod względem zdrowotno-policyjnym i leczył biednych gości zdrojowych bezpłatnie.

§. 10. Rząd zastrzega sobie najwyższy nadzór lekarsko-policyjny przez swoich urzędników lekarskich.

§. 11. Gminy przesyłają Namiestnictwu sprawozdanie lekarskie przez swoje władze polityczne powiatowe.

§. 12. Gminom zostawia się dowoli, czy w ogóle, lub pod jakiemi warunkami, korzystać mają z rad lekarzy w zdrojowiskach praktykujących.

§. 13. Gmina samodzielnie wydaje spisy gości zdrojowych.

§. 14. Naczelnik powiatu, lub jego zastępca, może być obecnym i zabierać głos na każdej naradzie gminnej, dotyczącej funduszu zdrojowego.

§. 15. Osobna dla każdego zdrojowiska wydać się mająca Instrukcja, określi, jaką mieć będzie w urzędzie gminnym reprezentację właściciel zdroju lub zakładu zdrojowego, który w dotychczasowej komisji zdrojowej był reprezentowany.

§. 16. Gminom Töplitz-Schönau, zostawia się do woli, załatwiać wspólnie sprawy zdrojowe i ustanowić w tym celu osobny urząd.

§. 17. Ustawa niniejsza obowiązuje od dnia jej ogłoszenia.

Medycyna praktyczna.

O zastosowaniu elektryczności do dyagnostyki

skreślił

Dr. Stanisław Domański,

Docent Uniwersytetu Jagielońskiego.

Pod względem zastosowania elektryczności do medycyny, wśród powszechności tak lekarskiej jak i nielekarskiej, bardzo mylne nieraz napotykamy pojęcia; sprostować je i zachęcić Szanownych kolegów do używania środka, któremu terapja dzisiejsza najświetniejsze wypadki zawdzięcza, jest przeznaczeniem szeregu artykułów, w których ze stanowiska lekarza praktycznego niespecjalisty, zamierzamy zapoznawać czytelników z najważniejszemi rozdziałami elektroterapji.

Wiadomo, iż początek pierwszych wiadomości o zjawiskach elektrycznych, odległej bardzo sięga starożytności, i że już wtedy używano elektryczności do leczenia rozmaitych chorób. Pojąć jednak łatwo, iż przy niskim stanie ówczesnych wiadomości przyrodniczych i lekarskich, wyleczenie jednego przypadku chorobowego, albo było najczęściej mylnem, post hoc ergo propter hoc, albo, jeżeli niem nie było, mijało bez żadnej korzyści dla następnych. Odkrycie dopiero w końcu ubiegłego stulecia, przez Galvaniego i Voltę, elektryczności przez zetknięcie się, czyli tak zwanego galwanizmu, jak z jednéj strony stworzyło osobną umiejętność, która przez swe teoretyczne i praktyczne zastosowanie, jest zaszczytem wieku naszego, tak z drugiej, stało się bodźcem, do użycia w medycynie środka, który dla teorji i praktyki lekarskiej wielkiego nabrał znaczenia. Jakoż wkrótce potem, proponował Valli użyć galwanizmu, do odróżnienia śmierci pozornej od rzeczywistej. Właściwie jednak dopiero elektryczność przez indukcję, w r. 1831 przez Farada'a odkryta, stworzyła newrofizjologią dzisiejszą, której szybki rozwój nie mógł pozostać bez wpływu na terapję. Dostrzeganie też dokładne skutków leczniczych El. zwróciło uwagę tak lekarzy praktycznych jak i fizjologów, na oddziaływanie ustroju chorego na prądy El. Porównywano objawy, że tak powiem, El. rozmaitych chorób, mianowicie układu nerwowego, z innemi ich przypadami czynnościowemi i zmianami anatomicznemi, i przekonano się, iż w prądzie elektrycznym, umiejętnie zastosowanym, nader cenny mamy środek, nie tylko terapeutyczny, lecz i djagnostyczny. Jak jednak plesimetr i steto-

skop nie są wszystkiem, czego potrzeba do rozpoznawania chorób płuc i serca, tak i elektryczność, sama jedna, zazwyczaj nie wystarcza do rozpoznania, lecz dopiero obok stosownego użycia innych także metod fizycznego badania chorego, naprowadza nas na odkrycie zboczeń, w żaden sposób odgadnąć się nie dających.

Rozpoczynamy od zastosowania El. do djagnostyki chirurgicznej, jako rzeczy prostszej, do zrozumienia zatem łatwiejszej. Wiadomo, iż wykrycie pocisków, czy to tkwiących jeszcze w ranach czy w ciele już zagojonych, w wielu przypadkach nader jest trudnem, a historycznego pod tym względem nabyła rozgłosu rana postrzałowa stopy Garibaldego. Gdy najznakomitsi lekarze włoscy nie mogli dociec, czy na dnie rany znajduje się kula czy nie, wezwano Nélatona z Paryża. Ten użył naprzód zgłębnika porcelanowego. Teorja jego jest zapewne bardzo dowcipna: zastosowanie go jednak w praktyce na niemałe napotyka trudności. Manewrowanie zgłębnikiem takim w przewodzie, który zazwyczaj nie stanowi linji prostej, nie jest łatwe: przewód sam wypełniony jest cieczami lub szczątkami tkanin rozdartych; roztrzygnienie zatem, czy ślad szary na guziczku zgłębnika pochodzi od kruszcu, jest bardzo często niepodobnem. Na próbę chemiczną, którą w tym celu proponowano, w obec śladów rachować wiele nie można. Nakoniec, jeżeli przewód po pocisku już się zabliźnił, nie można użyć zgłębnika przerzeczonego, bez odpowiednich nacięć. Trudności też tych nie mógł pokonać Nélaton, w obec rany postrzałowej Garibaldego, i użył, idąc za przykładem Favra, z szczęśliwym skutkiem, elektryczności za pośrednictwem osobnego zgłębnika.

Aby zrozumieć teorję zgłębników El., wypada nam przedewszystkiem zastanowić się nad prawami fizycznemi, na których one się opierają. Z fizyki wiemy, iż połączywszy ze sobą bieguny ogniwa galwanicznego; przewodnikami elektryczności, taż krąży od jednego bieguna do drugiego, w oznaczonym kierunku, i wywołuje pewne skutki, jak n. p. skręca igłę magnetyczną od pierwotnego położenia, przemienia żelazo miękkie w chwilowy magnes i t. d. Skutki te oczywiście, przy równej sile ogniwa, tem są znaczniejsze, im elektryczność mniejszy w łącznikach między jednym a drugim biegunem znajduje opór, czyli innemi słowy, im łącznik z lepszych się składa przewodników El. Kruszce są dobremi, wszystkie zaś tkaniny zwierzęce, w porównaniu z niemi, bardzo złemi przewodnikami. Jeżeli zatem w kole przewodników, między jednym a drugim biegunem, znajdują się części zwierzęce, przerzeczone skutki fizyczne elektryczności, jak zboczenie igły magn., przemienienie żelaza miękkiego w magnes, będą albo bardzo nieznaczne, albo się nawet wcale nie ukażą. I na tem to polegają zgłębniki elektryczne.

Aby należycie zrozumieć ich urządzenie, wypada nam zboczyć na chwilę i zastanowić się pokrótce nad budową przyrządu indukcyjnego, który składa się z 4 głównych części: ogniw galw., młotka Neff'a, ślimacznicy pierwotnej i ślimacznicy pochodnej. Młotek Neff'a służy do otwierania i zamykania prądu galw. a działanie jego pojąć łatwo z następnego opisu: słupek metalowy, połączony drutem z jednym biegunem ogniwa galw. utrzymuje w położeniu poziomem, dozwalającem jednak pewnych ruchów, sprężynę, która dźwiga na drugim końcu kawałek mały żelaza t. j. kotwicę. Nad środkiem tej sprężyny znajduje się kończasta śrubka, zostająca w związku z drutem, który pośrednio lub bezpośrednio biegnie koło dwóch ramion podkowy z żelaza miękkiego, znajdujących się właśnie pod wspomnioną kotwicą i łączy się z drugiem biegunem ogniwa. Sprężyna może łatwo tak zmieniać swe położenie, iż podniosłszy się, dotyka przerzeczonej śrubki, lub, obniżywszy się, końców podkowy, koło której jest drut okręcony. Jeżeli jej nadamy chwilowo położenie takie, iż dotyka się śrubki, wtedy prąd galwaniczny płynie swobodnie przez same części metaliczne od jednego bieguna do drugiego; płynąc zaś koło żelaza miękkiego, zamienia je w chwilowy magnes; magnes ten przyciąga kotwicę do siebie a tem samem przerywa połączenie metaliczne między sprężyną a śrubką, czyli otwiera prąd galwaniczny. Skutkiem tego żelazo traci magnetyzm i puszcza kotwicę, której sprężyna, podnosząc się, dotyka śrubki. Przezto zamknie się znów prąd galw., żelazo stanie się magnesem, przyciągnie kotwicę i przerwie prąd powtórnie itd.

W ten sposób prąd sam się ciągle zamyka i otwiera. Jeżeli ze sprężyną, połączymy dzwonek, ruchom młotka odpowiadać będą uderzenia dzwonka. I tak też urządził Kovàcs swój przyrząd dzwonkowy do wykrywania pocisków. Wprowadziwszy do rany igły zostające w związku z biegunami tego przyrządu, jeżeli natrafię na metal, przywracam związek między biegunami ogniwa; prąd galw. krąży zatem w sile tak dostateczaej, iż ptrusza młotek Neffa i dzwonieniem uwiadamia o obecności pocisku metalowego. Jeżeli zamiast metalu dotkniemy się końcami igieł kości t. j. ciała, które w ranie nnjłatwiej z pociskiem zamienić można, prąd El., skutkiem wielkiego oporu, jest tak słaby, iż równa się prawie zeru; przyrząd zatem nie dzwoni. Ze stanowiska naukowego przyrządowi Kovàcs'a nic zarzucić nie można; ze stanowiska jednak praktyki, dla której go właśnie potrzeba, przyrząd przerzeczony tę ma niedogodność, iż jest za ciężki, iż użycie jego wymaga zachodu, którego trudno wymagać od lekarzy wojskowych, obarczonych podczas wojny zbytnią ilością chorych, w szpitalu zaś stałym, i spokojnej praktyce cywilnej, przyrząd Kovàcs'a zupełnie jest zbytecznym; łatwo go bowiem

zastąpić można zwykłym przyrządom indukcyjnym. W tym celu, przerwawszy związek metaliczny między biegunami ogniw, łączę końce drutów z igłami, które w ranę bardzo wygodnie wprowadzać można. Ruch młotka objawiający się właściwym łoskotem, jest dowodem, iż igły dotykają się metalu, czy to w ranie czy pod skórą. Co więcej, za pośrednictwem takich zgłębników El., można przekonać się o wyniosłościach wątpliwej natury, nie tylko z czego są, lecz zarazem, czy z sobą zostają w związku metalicznym.

Z powodów tu wymienionych, przyrząd Kovàcs'a nie rozpowszechnił się w praktyce chirurgicznej wojennej. Tożsamo powiedzieć trzeba o przyrządach podanych przez Neudörfer'a i Nélaton'a.

Wszystkie prawie trudności, w użyciu praktycznem, pokonał bardzo szczęśliwie Liebreich, podając nowy zgłębnik elektryczny, wypróbowany najprzód przez prof. Esmarch'a z Kielu. Przyrząd Liebreich'a opiera się na prawie, iż igła magnetyczna w południku magn. ustawiona, zbacza, jeżeli krąży koło niej prąd galwaniczny. Dwa krążki drewniane, średnicy 2", grubości $^1/_2$" połączone są dwiema osobnemi zawiaskami tak, iż jeden do drugiego przystaje zupełnie. W jednym znajduje się ogniwko Volty z miedzi i cynku, w postaci odcinka kuli, sprężyną mosiężną przytwierdzone. Od niego druty w drzewo wpuszczone, udają się przez zawiaski do krążka drugiego i kończą w osobnych przykrętkach (Klammschrauben), jeden wprost, drugi utworzywszy koło siebie samego zwoje, na których spoczywa tarcza z igiełką magn. Od przykrętek prowadzą łączniki bądź do igieł, bądź do cewnika, w którym druty, złemi przewodnikami El. oddzielone, przebiegają, kończąc się blaszkami kruszcowemi, między któremi jest kość słoniowa. Aby ogniwko działało, wystarczy między cynk a miedź włożyć kawałek bibuły, zwilżonej rozczynem soli lub jakiegoś kwasu i t. p. Z opisu tego wypada, iż cynk i miedź, w tym razie jedynie stoją ze sobą w związku metalicznym, gdy końce igieł lub zgłębnika dotykają się kruszcu w ranie, i wtedy też tylko zbacza igiełka od prawidłowego położenia.

Tyle o zgłębnikach elektrycznych. Z kolei wypadałoby nam mówić o zastosowaniu prądu galw. do rozpoznawania chorób usznych, jako liczonych do chirurgji. Gdy jednakowoż bardzo obszerne, liczne, z wzorową, naukową ścisłością wykonane, badania Brenner'a jako niedawne nie znalazły jeszcze ogólnego wstępu do otjatrji praktycznej, gdy nadto wytłomaczenie ich, za dalekoby nas zaprowadziło, na pole fizjologji; przeto wspomnę tylko pokrótce, iż za pomocą bardzo dokładnych i czułych przyrządów, udało się wspomnianemu badaczowi wykryć prawo, według którego, odpowiada w stanie fizjologicznym

nerw słuchowy na działanie prądu galw. Ze zmian, jakie w tej mierze napotyka się w rozmaitych chorobach ucha, można wnosić o zmianach anatomicznych i wykryć nieraz takie zboczenia, które w żaden inny sposób odgadnąć się nie dają, jak n. p. zmiany w nerwie słuchowym, przedziurawienie błony bębenkowej przy zwężeniach lub zarośnieniach przewodu słuchowego.

Na tem kończąc część chirurgiczną, przechodzimy do zastosowania elektryczności do rozpoznawania chorób układu nerwowego.

Jakkolwiek w terapji używamy prądu tak stałego jak i indukcyjnego, w djagnostyce ostatni przeważnie nabrał znaczenia; to bowiem, co wiemy o oddziaływaniu ustroju chorego na prąd stały, za nadto jest nowem, w zanadto luźnym zostaje jeszcze związku z wiadomościami anatomiczno-patologicznemi i klinicznemi, by już teraz mówić można o użyciu prądu stałego do ścisłych rozpoznań.

Ażeby prąd indukcyjny można należycie zastosować do rozpoznania, trzech do tego głównie potrzeba warunków t. j. 1) trzeba mieć przyrząd odpowiadający wszystkim słusznym wymaganiom fizyki, fizjologji i patologji, 2) być obeznanym dokładnie z jego budową i działaniem, nakoniec 3) mieć dostateczną techniczną wprawę w jego zastosowaniu.

Jako środek rozpoznawczy w porażeniach, prąd El. najważniejszą odgrywa rolę. Jak z patologji wiadomo, porażeniem zowiemy taki stan części do układu nerwowego należących, w którym wrażenie na obwodzie wywarte, do świadomości dojść, lub kurcz w mięśniach od woli zależnych wywołanym być nie może. Biorąc naprzód pod uwagę porażenie ruchu, wiemy z fizjologji, iż prąd El. jest najsilniejszym i najogólniejszym bodźcem dla nerwów, dalej, iż nerwy ruchowe, pod jego wpływem, wtedy najwięcej pobudzają odpowiednie mięśnie do skurczenia się, gdy prąd El. ulega nagłym zmianom swego natężenia. Taka też właśnie zachodzi okoliczność w przyrządach indukcyjnych, gdzie prądy szybko powstają i szybko znikają, zmieniając lub nie zmieniając swego kierunku. Jeżeli te zmiany w natężeniu prądów następują rzadko po sobie, wówczas mięsień na każdy prąd osobnem odpowiada skurczeniem się; w przeciwnym razie mięsień, nim zdoła powrócić do spokoju, po działaniu jednego prądu, wystawionym jest już na działanie następnego. Ztąd powstaje tężec, (tetanus.) Czy mięśnie mogą bez wpływu nerwów kurczyć się, dotąd jeszcze ostatecznie nie rozstrzygnięto. Tężec wywołać można dwojakim sposobem: albo wystawiając odpowiednie nerwy na działanie prądów indukcyjnych, albo przykładając bieguny przyrządu indukcyjnego do skóry dany mięsień pokrywającej. Elektryzowanie mięśni prądami ind., za pośrednictwem nerwów, zowiemy faradyzowaniem pośredniem, elektryzowanie

zaś po przyłożeniu biegunów, wprost przez skórę, do mięśni faradyzowaniem bezpośredniem. Zdolność kurczenia się pod wpływem tego ostatniego zowie się kurczliwością elektromięśniową. Wiadomo dalej, iż przez zmysł mięśniowy mamy zawsze wiadomość o stopniu skurczenia się naszych mięśni, a ztąd i położeniu względem siebie rozmaitych części ciała. I kurcząc, za pomocą prądów indukcyjnych, mięśnie, otrzymujemy o tem bardzo dokładną wiadomość, a zdolność odbierania w tej mierze wrażeń stanowi czucie elektromięśniowe. W stanie fizjologicznym, kurczliwość elektromięśniowa idzie w parze z czuciem elektromięśniowem; w stanie patologicznym jednak może być jedna, gdzie nie ma drugiego. Wybadanie dokładne zachodzących zmian, jest w danych przypadkach wprawdzie trudnem, ważnem jednak bardzo dla rozpoznania i wytłomaczenia zawiłych nieraz przypadów.

Jak z patologji wiadomo, porażenia nie są właściwie chorobami, lecz tylko następstwami innych zmian, zaszłych ostatecznie w nerwach lub ośrodkach nerwowych. Okoliczność jedynie, iż porażenia o wiele łatwiej dadzą się wykryć i wybadać, niż ich przyczyny, jest powodem, iż traktujemy je w patologji i terapji poniekąd jako osobne choroby.

Porażenia dzielimy według siedliska ich przyczyny anatomicznej na obwodowe i ośrodkowe. Ośrodkowe znów na mózgowe i rdzeniopacierzowe. Porażeniami mózgowemi zwano dawniej porażenia z przyczyn wśród czaszki tkwiących. Romberg dopiero, na zasadzie licznych spostrzeżeń elektroterapeutycznych, wykazał niewłaściwość takiego podziału, i nazwał porażenia, dotykające nerwów po wyjściu z jąder, obwodowemi, przed wyjściem zaś ośrodkowemi. Różnica ta nie tylko jest anatomiczną, lecz zarazem i patologiczną, ze względu na prąd indukcyjny. W porażeniach bowiem obwodowych, według Romberg'a jest kurczliwość elektromięśniowa zniżona, lub jej całkiem nie ma; w właściwych zaś porażeniach mózgowych, ośrodkowych, prawidłowa lub nawet podwyższona.

Że w porażeniach obwodowych nerwy o wiele prędzej niż w właściwych mózgowych ulegają zmianom patologicznym, rzecz pewna; lecz jaki jest tego powód? Przypuszczznie, iż w przebiegu nerwów, od jąder ku obwodowi, przyłączają się do nich właściwe nerwy odżywcze — nervi trophici — nic nam właściwie nie tłomaczy; nie wiemy bowiem dotąd jeszcze na pewne, czy nerwy takie rzeczywiście istnieją, a tem mniej, jaki jest ich początek i jakie działanie. Myślano tu najpierw o nerwie współczulnym; wiadomo jednak, iż nerw ten ma wpływ na krążenie krwi, przecięcie jego sprowadza uderzające zmiany w tym względzie, lecz nie pociąga za sobą właściwych zboczeń w odżywianiu. Zdaje nam się więc zatem,

iż najlepiej będzie wyznać otwarcie, że nie wiemy, dla czego w porażeniach obwodowych nerwy tak prędko ulegają zmianom w odżywianiu, skutkiem których tracą pobudliwość od prądów El. Fizjologja zaś uczy, iż aby nerw na popędy woli należycie oddziaływał, trzech do tego koniecznie potrzeba warunków: t. j. związku z ośrodkami nerwowemi, odżywiania prawidłowego i przerywania spoczynku czynnością i odwrotnie, nie zawsze jednak można orzec, którego z tych trzech warunków brakuje w danym przypadku patologicznym.

W każdym zatem razie, w prądzie indukcyjnym, cenny mamy środek, nie tylko do rozpoznania samego porażenia, lecz i zarazem do bliższego oznaczenia siedliska jego przyczyny. Pamiętać atoli trzeba, iż kurczliwość elektromięśniowa, w porażeniach obwodowych, dopiero z drugim tygodniem wybitnie się zmniejsza, lub zupełnie znika; przed upływem więc tego czasu, obecność kurczliwości elektromięśniowej, nie przemawia jeszcze za porażeniem ośrodkowem, w ściślejszem tego wyrazu znaczeniu. Naodwrót, w porażeniu właściwem mózgowem, takie po długim czasie zajść mogą zmiany w porażonych nerwach i mięśniach, iż kurczliwość elektromięśniowa jest nieco obniżoną.

W takim więc przypadku, nie można polegać wyłącznie na prądzie elektrycznym.

Nie zbyt rzadkie są też przypadki, w których kurczliwość elektromięśniowa, jest w jednych mięśniach zmniejszona, w drugich prawidłowa lub podwyższona; przypadki zatem, w których porażenie obwodowe łączy się z ośrodkowem. Tutaj tylko, za pomocą prądu indukcyjnego, oznaczyć można okolice, gdzie przyczyna porażenia jest obwodowa, gdzie zaś ośrodkowa, i po ścisłem wybadaniu wykazać najprawdopodobniejsze jej siedlisko. Najczęstszym powodem takich porażeń, bywa nowotwór.

Do porażeń mózgowych dołączyć możemy uwagi o porażeniach macinniczych. Macinnictwo, jakkolwiek znane dosyć dokładnie w swych objawach, jest pod względem właściwej swej istoty bardzo jeszcze ciemnem. Nie zaciekając się zatem w domysły, tyle wydaje nam się teraz najprawdopodobniejszem, iż w chorobie tej, zmienionemi są warunki czynności całego układu nerwowego, a mianowicie,—mózgu. Porażenia macinnicze polegają głównie na upośledzeniu wpływu woli; są więc przeważnie ośrodkowe, — mózgowe. W większej też liczbie przypadków, zgodnie z tem, cośmy już wyżej powiedzieli, jest kurczliwość elektromięśniowa prawidłowa; przeciwnie zaś, czułość elektromięśniowa i skórna, zazwyczaj upośledzona, nieraz nawet bardzo zmniejszona. W przypadkach, w których porażeniu towarzyszy zmniejszenie kurczliwości elektromięśnio-

wej, mamy do czynienia prawdopodobnie z porażeniami obwodowemi, które z macinnicą, jako chorobą dosyć pospolitą, łatwo razem pojawiać się mogą. Odróżnienie to ważnem jest i dla rokowania i dla leczenia; porażenie bowiem obwodowe, jeżeli nie polega na cięższych zmianach anatomicznych, zazwyczaj ustępuje elektryczności, gdy przeciwnie, w porażeniach macinniczych właściwych, skutki lecznicze elektr. nie tak często są świetne.

Prawo to o zachowywaniu się mięśni porażonych do prądów indukcyjnych, stosuje się także i do obłąkanych; i u nich, w porażeniu postępowem (paralysie progressive des aliénés) kurczliwość elektromięśniowa jest prawidłowa; dozwala zatem na odróżnienie tego cierpienia od innych porażeń obwodowych, którym obłąkani również podlegają.

Porażenia rdzeniopacierzowe dzielimy za Romberg'iem na dwie gromady: porażenia z nadwerężenia samodzielnej czynności rdzenia i porażenia z przerwanego w nim przewodnictwa.

W szeregu pierwszych najważniejsze zapewne zajmują miejsce porażenia w przebiegu wiądu pacierzowego (tabes dorsalis). Zadziwia to zapewne, iż w chorobie tej, w której cierpią głównie sznury tylne rdzenia pacierzowego i korzenie nerwów czuciowych, w której mamy wybitne objawy upośledzonego czucia mięśniowego, kurczliwość i czułość elektromięśniowa, bardzo mało są obniżone. Co więcej: w pierwszych okresach tej choroby, kurczliwość elektromięśniowa jest nawet zazwyczaj podwyższona, tak, iż na działanie prądów ind. odpowiadają mięśnie kurczami drgawkowemi, które występują nieraz i w mięśniach drugiej odnogi. Później dopiero, i to nie zawsze, czułość elektromięśniowa, mianowicie w wyprężaczach, jest nieco zmniejszona. Co do prądu stałego, wiemy z fizjologji, iż otwarcie jego działa słabiej niż zamknięcie. W wiądzie pacierzowym przeciwnie; o wiele częściej pojawiają się drgania z otwarcia niż z zamknięcia prądu.

Chorobą do rozpoznania nieraz trudną, pod względem anatomicznym dokładnie jeszcze nie zbadaną, jest porażenie dzieci rdzenne (paralysis infantum essentialis). Zboczenia ruchów w tej chorobie, tak bardzo nieraz są podobne do porażeń mózgowych, iż rozpoznanie opiera się głównie na prądzie ind. Z tego, cośmy już wyżej przytoczyli, wiemy, iż w porażeniach właściwych mózgowych, kurczliwość elektrom., wyjąwszy przypadki bardzo zadawnione, jest prawidłowa; w porażeniu dzieci zaś rdzennem, jest ona mniej więcej obniżoną, a nieraz nawet zupełnie jej nie ma. Ze stopnia tego upośledzenia, można rozpoznać stopień choroby: im bowiem pod wpływem prądów ind. gorzej kurczą się mięśnie, tem cięższym jest przypadek, tem gorszem rokowanie, tem dłuższem

prawdopodobne trwanie choroby. W takich więc razach, prąd indukcyjny służy nie tylko do rozpoznania, ale zarazem i oznaczenia stopnia cierpienia.

Do wybadania dokładnego zranień rdzenia pacierzowego, oznaczenia ich miejsca i rozległości, bardzo korzystnie użyć można prądu ind. Jakie muszą być zboczenia czynnościowe skutkiem zranienia wszystkich warstw na przecięciu, łatwo określić można z zasad fizjologji. Upośledzonym być musi ruch, równie jak czucie mięśniowe i skórne. Faradyzując zatem mięśnie, których nerwy odchodzą poniżej miejsca nadwerężonego, kurcz ich nie dochodzi do świadomości, równie jak wrażenia wywarte na nerwy skórne. Czułość zatem elektromięśniowa i skórna, są zupełnie zniesione; inaczej rzecz się ma co do skurczeń mięśni; aby te nastąpiły, nie koniecznie potrzeba mózgu: owszem, odruchy o wiele łatwiej następują po zniszczeniu mózgu, byleby związek nerwowy między odpowiedniemi nerwami czuciowemi a ruchowemi, za pośrddnictwem rdzenia pacierzowego, nie był przerwanym. Jeżeli zatem po zadraźnieniu tak silnym bodźcem, jakim jest prąd elektryczny, następują odruchy, dowodzi to: 1) iż nerwy czuciowe działają; 2) iż część rdzenia, gdzie za posrednictwem komórek zwojowych łączą się nerwy ruchowe z czuciowemi, nie jest przerwaną; 3) iż nerwy ruchowe i 4) mięśnie, — nie są porażone — że zatem przyczyna porażenia jest ośrodkowa; czy zaś mózgowa czy rdzeniowa, rozstrzygnie albo dalsze badanie za pomocą elektryczności, albo obecność innych przypadów. Przykład lepiej rzecz objaśni: Przypuśćmy, iż skutkiem jakiegoś urazu zniszczoną została (trauma) część rdzenia pacierzowego, z której wychodzą nerwy odnóg górnych. Porażone więc będą tak odnogi górne, jak i wszystkie mięśnie udające się z rdzenia poniżej miejsca zranionego, a zatem i odnogi dolne. Zachowanie się jednak względem El., będzie innem w kończynach górnych jak w dolnych. W górnych zniesionym będzie zupełnie ruch dobrowolny, czułość elektromięśniowa i skórna, nadto wszelkie odruchy, z przyczyny właśnie przerwania związku między nerwami czuciowemi a ruchowemi; w dolnych zaś nie będzie ruchu dobrowolnego i czucia, ponieważ nie ma związku z mózgiem, odruchy jednak będą prawidłowe, a kurczliwość elektromięśniowa nie zniesiona. Tyczy się to jednak tylko pierwszych okresów choroby, dopóki część rdzenia pacierzowego, poniżej miejsca nadwerężonego, nie zacznie ulegać zanikowi.

W porażeniach rdzeniopacierzowych, z przerwanego przewodnictwa, których najczęstszą przyczyną są zmiany chorobowe kręgów lub opon, jest kurczliwość elektromięśniowa prawidłową. Zanik mięśniów porażonych jest nieznaczny i tłomaczy się najprościej

ich nieczynnością. Natomiast, odruchy przy drażnieniu nerwów czuciowych, czy to prądem El., czy innemi bodźcami, są znaczne i występują nieraz w odnogach obydwóch, chociaż się drażni nerwy tylko jednej.

Porażenia nakoniec nerwów, po odejściu z mózgu lub rdzenia pacierzowego, porażenia zatem pod każdym względem obwodowe, odznaczają się bardzo charakterystycznem zniżeniem pobudliwości względem prądów indukcyjnych, która w końcu drugiego tygodnia nawet zupełnie nieraz znika. Również i pobudliwość względem prądu galw., mianowicie jego otwarcia i zamknięcia, zwykle jest zniżoną, zniża się jednak o wiele wolniej niż względem prądów ind., postępując od środka ku obwodowi. To zmniejszenie skutków fizjologicznych El., zostaje w nader ścisłym związku z wyradzaniem się nerwów porażonych w kierunku ośrodkowym.

Jeżeli porażenie ustępuje, wraca wraz z wpływem woli pobudliwość nerwów, tak względem prądu indukcyjnego jak i galwanicznego. Uwagi godnem jest jednak, iż bardzo często, wpływ woli o wiele pierwej i w wyższym stopniu już się ukazuje, gdy pobudliwość względem prądów El., dopiero powracać zaczyna, tak, iż z oddziaływania na prądy, nie można jeszcze wnosić o stopniu porażenia, który mierzymy według upośledzenia wpływu woli. Doświadczenia przez Erb'a na zwierzętach w tym celu przedsiębrane, wykazały, iż w pewnym okresie odradzania się, nerwy przewodzą popęd do ruchu, nie są jednak w stanie same go w sobie wytwarzać za pomocą podniety elektrycznej.

W ogóle, w porażeniach obwodowych trzymać się należy zdania, iż im gorszem jest oddziaływanie nerwów, czy to czuciowych czy ruchowych, na prądy El., tem wyższym jest stopień porażenia, tem gorszem rokowanie. Jeżeli i czułość i kurczliwość elektromięśniowa, są zupełnie zniesione, rokować należy bardzo niepomyślnie, tem bardziej, że najczęstszym powodem takich porażeń, jest nadwerężenie nerwu, z utratą jego substancji. Utrata jednakowoż, nawet najzupełniejsza, kurczliwości elektromięśniowej, obok znacznego zaniku mięśniów porażonych, nie uprawnia jeszcze do rokowania bezwzględnie niepomyślnego; znane są bowiem przypadki, gdzie i w takich razach wytrwałe leczenie doprowadza do bardzo pomyślnego rezultatu.

Zasady
przedmiotowego badania chorób piersiowych i brzusznych,

podług

Prof. C. Gerhardt'a z Jena

opracował

Dr. Med. Wład. Rudnicki.

WSTĘP.

Pod nazwą przedmiotowego badania, rozumimy czynność, mającą na celu wykrycie objawów chorobowych, bez czynnego spółudziału i pomocy ze strony osoby badanej.

Zakres badania przedmiotowego jest nader obszernym, obejmuje on bowiem cały ustrój, ze wszystkiemi jego częściami dostępnemi badaniu, posługuje się zaś wszystkiemi środkami, jakie do celu prowadzą, używając ku pomocy zarówno fizyki, jak chemji, zarówno zmysłu słuchu badacza, jako też wzroku, powonienia, dotyku. W znaczeniu przeto nauki rozpoznawania spraw patologicznych za życia chorego, w poszczególnych narządach i trzewach, na podstawie fizycznych, lub chemicznych objawów przedmiotowych, zakres tego badania stanowi jedną całość. Z powodu jednak pewnych właściwości, jakiemi się odznaczają pojedyncze narządy i trzewy, sposoby badania przedmiotowego o tyle różnią się od siebie, że gdy jeden opiera się przeważnie na prawach akustyki, drugi optykę ku pomocy używać musi, trzeci w chemji czerpie podstawy, dla wniosków z badania wynikających i t. d. Tym sposobem, cały zakres badania przedmiotowego, rozpada się na szczególne, pojedyncze zakresy, ograniczające się z jednej strony, uwzględnieniem szczególnych tylko narządów, z drugiej zaś szczególnych narzędzi do badania używanych. Zarówno też w wykładach uniwersyteckich, jako też w opisach, przyjętém jest dzisiaj, każdy z pomienionych zakresów uważać jako odrębną całość. Niektóre z nich stanowią też przedmiot odrębnych zgoła wykładów i opisów, jak np. nauka badania moczu (uroscopia) i wydzielin rozmaitych, nauka badania wziernikiem krtani (laryngoscopia), lub jamy nosowej

(rhinoscopia), inne zaś wchodzą jako część wstępna do wykładu szczegółowej patalogji i terapji odrębnych narządów, jak np. położnictwa i chorób niewieścich, nauki o chorobach narządu wzrokowego, lub narządu słuchowego i t. d.

Choroby trzewów zawartych w jamie piersiowej i brzusznej, odznaczają się objawami, dającemi się rozpoznać i ocenić, za pomocą czynności opartych przeważnie na prawach i faktach czysto-fizykalnych. Przedstawiają one zatem, powiększej części, objawy czysto-fizykalne, jakkolwiek drogą chemiczną dochodzimy także do nader ważnych wniosków, dotyczących natury i stopnia rozwoju chorób, jakim pomienione dopiero trzewy ulegać zwykły.

Niniejszy wykład obejmuje zasady przedmiotowego ich badania, pięcioraką drogą, a mianowicie: za pomocą oglądania (inspectio), omacania (palpatio), wymierzania (mensuratio), opukania (percussio) i osłuchu (auscultatio).

Jakkolwiek są to drogi, które ominąwszy, żaden prawdziwie wykształcony lekarz, nieośmieli się decydować napewno o stanie trzewów jamy piersiowej, lub brzusznej, to jednakże niewystarczają one jeszcze do ocenienia ogólnego stanu chorego. Na podstawie pewnych objaśnień, które najbardziej biją w oczy, główna uwaga lekarza na pewien trzew wyłącznie zwróconą być może, gdy tymczasem przyczyna tych objawów właśnie w innym tkwi trzewie. Napróżnobyśmy szukali zmian chorobowych w płucach, lub krtani, gdy przyczyna nieprawidłowego oddechu leży w zboczeniu macicy i następowem podrażnieniu układu nerwowego, albo też w nadmiernem rozciągnięciu torebki Glisson'a. Częstokroć niepodobna orzec napewno, czyli płuca zajęte są gruźlicą, bez zbadania oka wziernikiem. Ścisłe i wszechstronne badanie wszystkich trzewów przeto, stanowi nieunikniony warunek umiejętnego postępowania i uzasadnionego, lekarskiego sądu, każdy więc wykształcony lekarz, winien być dokładnie oznajomiony ze wszystkiemi sposobami przedmiotowego badania, z całym jego zakresem.

Mimo to jednak, pomiędzy lekarzami nowszej szkoły nawet, niewielka zaiste jest liczba, takich którzy chociażby tylko z głównemi zasadami fizykalnego badania oznajomieni byli w całem znaczeniu tego wyrazu. Najwymowniejszym tego dowodem, pominąwszy inne, jest tak często napotykana różnica zdań, w rozpoznaniu najpospolitszych chorób, różnica, wiodąca często chorego do zguby, lekarzy zaś do wzajemnego lekceważenia i najprzykrzejszych koleżeńskich niesnasek. Przyczyna tego leży jak na dłoni. Medycyna wprawdzie matematyką nie jest, gdzie atoli mamy do czynienia z oddechem oskrzelowym np., lub niedomykalnością zastawki sercowej, gdzie wysoki stan przepony, zależy od wypełnienia jamy brzusznej, nizki

zaś od wypełnienia jamy piersiowej płynem, —tam oczywiście, o to tylko idzie, ażeby każdy z badających lekarzy, trzymał się jednej drogi badania, ażeby każdy jednakowo wiedział jak się objawia ta, lub owa zmiana, to lub owo zboczenie, — a w rozpoznaniu niemocy wszyscy mimowoli zejść się i zgodzić muszą.

Jak przy ocenieniu ogólnego stanu chorego, nieodzowną jest rzeczą, przedsięwziąć ścisłe badanie całego bez wyjątku ustroju, przegląd, że tak powiem, od stóp do głowy, tak też z drugiej strony, rzeczą jest niemniej pewną, iż przy badaniu pojedynczych narządów nawet, ograniczenie się na użyciu jednej tylko drogi, np. opukania i osłuchu, zaniedbawszy oglądu, omacania i t. d., nietylko niezawsze do pożądanego doprowadza celu, ale najczęściej rażących błędów rozpoznawczych powodem się staje. Pewien pedantyzm nawet pod tym względem, ostatecznie korzyść tylko przynosi; a jakkolwiek bywają wypadki, w których tak ścisłe przestrzeganie reguły zbytecznem się staje, toć zawsze trudniej daleko do wykonywania tej reguły się nałamać, niż od niej odstąpić.

Uznanie pożytku, a nawet konieczności fizykalnego badania, najodlejglejszych sięga czasów, tak dalece, że pierwsze ślady wniosków na tej podstawie powziętych, znajdujemy jeszcze w pismach Hippokrates'a. Z biegiem czasu, mnożyły się spostrzeżenia i uwagi na tém polu, które następnie poszły w zapomnienie, aż wreszcie, na nowo podjęte zostały w Wiedniu, przez Dr. Auenbrugger'a, od którego właściwie rozpoczyna się szereg prac, badań i odkryć, stanowiących dziś całą historję rozwoju i postępu tej nauki, aż do obecnych czasów, w których pomiędzy imionami pracowników, zajętych jej udoskonaleniem, napotykamy też nazwiska naszych rodaków. Ze znaczniéjszych jednakże polskich prac tego rodzaju, zaledwie trzy wymienić możemy, mianowicie prace Dr. Al. Kremera, Prof. Rose i Prof. Chojnowskiego. Podręcznika polskiego nie posiadamy dotąd, bez względu na to, że stanowić by mu należało rodzaj vade mecum, z którym każdy w świat wstępujący lekarz, przynajmniej lat kilka rozstawać się niepowinien.

Potrzeba zapełnienia tak dotkliwego (zarówno dla uczniów, jak dla lekarzy) braku, zniewoliła nas do zajęcia się dostarczeniem takiego podręcznika. Obraliśmy w tym celu dzieło Gerhardt'a, jako zdaniem najbardziej kompetentnych sędziów, odpowiadające w zupełności warunkom podobnej książki, jako też dzisiejszemu stanowisku nauki. Jakkolwiek postanowiliśmy podać je w wolnym, nie ścieśniającym nas w niczem przekładzie, albowiem zdało się nam koniecznem, niektóre ustępy nieco rozszerzyć, inne zaś w zwięzléjszej nieco podać formie, jednakże postanowiliśmy zarazem, niedodawać żadnych dopisów, wyjąwszy koniecznych, w przekonaniu, że powyższe dzieło, którego

treść stanowią najważniejsze zasady przedmiotowego badania, dla powszedniej potrzeby praktykujących lekarzy, najzupełniej wystarcza, każdy zaś pragnący poświęcić się wyłącznie nauce tego badania, musiałby zawsze oznajomić się bliżej z piśmiennictwem dotyczącem, w którem klassyczne dzieło Skody i sumiennie, a z całą znajomością rzeczy i scisłym poglądem krytycznym opracowane dzieło Pawła Niemeyer'a, najpierwsze niewątpliwie zajmują miejsce.

Oglądanie.

Zdaje się być rzeczą prawdziwie godną podziwu, że dawniejsi lekarze, niedotykając wcale chorego, niejednokrotnie rozpoznawali chorobę, w takich właśnie przypadkach, gdzie nowocześni, używszy ku pomocy całego szeregu narzędzi, omacawszy, osłuchawszy i opukawszy go, bardzo często się mylą. Tamci „z oczu chorego" umieli czytać niemoc, która go dotknęła, z barwy skóry wnosili o stanie zastawek sercowych, ze zmarszczek twarzy rozpoznawali rakowiec żołądka, z wyrazu tejże, domyślali się o chorobie mózgu. Wszystko to jednak nie stanowi bynajmniej rzeczy tak nadzwyczajnej, jak się napozór zdawać może. Wnioski na takiem powierzchownem niby badaniu oparte, nie są wcale pozbawione podstaw naukowych, a umiejętność rozpoznawania chorób, w podobnych przypadkach, nie od ślepego trafu tylko, ani też od indywidualnych zdolności lekarza zawisła. Wprawa owa polega na dokładnem ocenieniu ogólnych wpływów tej, lub owej sprawy chorobowej na ustrój, na jego wzrost, odżywianie, na krążenie krwi, na innerwację mięśni całego ustroju, albo też tylko większych jego części, — a zarazem na umiejętności szybkiego dostrzeżenia i objęcia całej liczby nieznacznych, skutkiem zboczeń czysto miejscowych, na powierzchni ciała wypiętnowanych oznak chorobowych, które atoli, jak marki w grze, pewną istotną wyrażają wartość. Do wpływów ogólnych należą, wielkość, objętość ustroju i pojedynczych jego części, niemniej wzajemny ich do siebie stosunek, barwa skóry, gładkość tejże, grubość, bruzdy, zmarszczki i t. d.; wreszcie wejrzenie chorego, jego chód, siła, stopień rozwoju układu mięśniowego, budowa kośćca i liczne inne cechy. Pragnąc wymienić szczegółowe oznaki chorobowe, musielibyśmy tutaj całą niemal patologję powtórzyć. U jednego chorego dostrzegamy naprzykład łuszczowe plamy na dłoni, u drugiego białe plamki na rogówce i blizny na szyi; u tego krostki liszajowe na górnej wardze, u tamtego tętnienie żyły jarzmowej, lub blizny ospowe. Wszystko to lekarzowi znanem, dostrzeżonem przez niego i ocenionem być powinno. Lecz aby dowieść jak ważne ma znaczenie proste, lecz pilne oglądanie

chorego, przy rozpoznawaniu choroby, której uległ, niepodobna nam całej przebiegać patologji; musimy przeto ograniczyć się tylko na tem, co w nauce tej szczegółowo opisywanem niebywa, co jednakże z chorobami narządów piersi i brzucha w ścisłym zostając związku, służy do rozpoznania takowych. W tem znaczeniu winniśmy taką samą przypisać wagę pilnemu oglądaniu chorego, jak dokładnemu zbadaniu i ocenieniu jego ogólnego stanu. Oglądanie dostarcza nam daleko więcej oznak, niźli się tego napozór spodziewać można; dostarcza wskazówek, na podstawie których, dopiero jesteśmy w stanie dalszemu badaniu wyrozumowany nadać kierunek. Z tego też powodu, dla uniknienia dróg ubocznych, któremi tylko na oślep się idzie, należy zawsze i bezwarunkowo wszelkie badanie fizykalne od oglądania rozpocząć.

I. Barwa skóry.

Oglądając chorego, zwracamy przedewszystkiem uwagę na barwę skóry. Gdziekolwiek mamy do czynienia z nieprawidłowym stanem ustroju, tam zwykłą barwę skóry zastępuje blada, czerwona, sina, żółta, żółtawo-brunatna (ziemista), lub też jakakolwiek inna, ze zlania się dwóch, albo kilku, powstała barwa. Pod względem rozmaitości odnoszących się do cery (teint), różnicy zależnej od właściwości rasowych, wpływów wieku, podniebia, sposobu życia i t. p., niepodobna określić, jaką ma być właściwie barwa prawidłowa. Ztąd też — o ile to jest możebnem — należy wnosić o zmianie barwy, według różnicy, jaka zachodzi pomiędzy obecną barwą, a tą, którą posiadała skóra, gdy badana osoba była jeszcze zdrową. Pod tym względem, jeżeli lekarz po raz pierwszy widzi chorego, osoby go otaczające, mogą częstokroć dostarczyć zgoła pewnych wskazówek.

B l a d o ś ć s k ó r y może powstać chwilowo, skutkiem omdlenia, ze stratą przytomności, lub też znacznego tylko osłabienia, skutkiem przestrachu, bólu, dreszczu gorączkowego, zimna, oraz całego szeregu wpływów, które drogą układu nerwowego, mianowicie skutkiem porażenia, lub osłabienia czynności sercowej, sprowadzają niedokrewność w sieci włosowatej skóry. Stała bladość skóry, powstaje skutkiem straty krwi, lub soków miąższowych, albo też skutkiem głęboko sięgających zboczeń w odżywianiu. Im głębiej sięgają te ostatnie, tem wyższą staje się niedokrewność skóry, z którym to stanem, wikła się zanik tłuszczu tkanki komórkowej podskórnej, a ztąd pomarszczenie skóry, złuszczenie przyskórka, zanik samej tkanki skórnej, a tem samem zcieńczenie jej, skutkiem którego żyły podskórne przeświecają przez nią i rysują się wido-

czniej. W takich to właśnie wypadkach niedokrewności i szybkiego zaniku tkanek, skóra przybiera łatwo płową, w żółtawy, lub szarawy odcień wpadającą barwę, podczas gdy w białkówce barwa błękitnawa przemaga. Zmniejszona ilość części plastycznych we krwi, może wywołać bladość skóry, oraz lekkie zbrzęknienie tejże, sama zaś wodna puchlina, skutkiem ucisku na tętnice, oraz zmiany w ich przebiegu, przez wyparcie ze zwykłego łożyska, może się stać powodem zblednienia skóry. W obu tych wypadkach, skóra bywa zarazem napięta, gładka i przybiera woskowato przejrzyste wejrzenie. Błony śluzowe biorą także udział w tych zmianach, aż do zupełnego niekiedy odbarwienia. Równie jak skóra, stają się one skłonne do oziębienia (zmiana w krążeniu i upośledzenie tegoż), częstokroć zaś czynność ich wydzielnicza, zostaje także upośledzoną, tak samo jak to ma miejsce w skórze, która w takich wypadkach bywa zwykle suchą i nigdy prawie niepotnieje. Na pewnej części tylko ograniczona bladość skóry, może powstać skutkiem zatkania światła tętnicy, której gałązki część ową w krew zaopatrują, albo też skutkiem wywartego na nią ucisku. Podobny też skutek wywołać może zmiana zwykłego położenia pewnej części ustroju na wyższe, np. wzniesienie do góry jednej z kończyn, a tem samem chwilowe utrudnienie obiegu krwi tętniczej; przeciwnie, obniżenie pewnej części, np. pochylenie na dół tułowia, albo też ucisk wywarty przez obwiązanie, lub wreszcie zator żyły w odpowiedniej części przebiegającej, może sprowadzić zbrzęknienie miejscowe, a przynajmniej przysposobić warunki sprzyjające zbrzęknieniu, które ze swej strony uciskając nnczynia krwiste, może znieść sinicę, towarzyszącą zwykle powyższym okolicznościom, sprowadziwszy natomiast zblednienie.

Zaczerwienienie skóry nie zawsze bywa oznaką tkwiącej w ustroju choroby w ścisłem znaczeniu; może ono być wynikiem chwilowego zboczenia pewnych czynności prawidłowych, tak samo jak i zblednienie od przyczyn doraźnych zależne. Chwilowe porażenie nerwów naczyniowych, z następowem rozszerzeniem tętnic (neuroparalitische Arterienerweiterung), powstające częstokroć skutkiem psychicznych wpływów, jak np. gniewu, wstydu, zaniepokojenia, może wywołać przechodnie zaczerwienienie skóry, najczęściej tylko twarzy, u osób wrażliwych jednak, lub krwistych, oraz cienką posiadających skórę, zaczerwienienie twarzy, szyi, piersi, a nawet pleców. Bywają osoby tak wrażliwe, iż każda wizyta lekarska wywołuje u nich przechodnio zmianę barwy bladej na czerwoną. Podczas takiego przechodniego zaczerwienienia, ciepłota znacznie się podwyższa w kończynach, rozmaite miejsca pokrywają się potem, najczęściej mianowicie twarz i kończyny, uderzenia

serca stają się przyspieszone, w tętnicach domózgowych dostrzegamy znaczne tętnienie. Silniejsze natężenie czynności mięśni przy pracy fizycznej, ruch szybszy i dłuższy, jako powodujące szybsze krążenie krwi, pod wpływem podniesionej działalności serca, przebywanie w gorącej atmosferze, zwłaszcza po przejściu z zimnej do gorącej, napoje wyskokowe, zbyt ciepłe odzienie, mogą taki sam skutek wywołać; wywołuje go również na obszerniejszej przestrzeni działające zadraźnienie skóry, np. spieka słoneczna (insolatio), lub kąpiel gorąca. Wszystkie, z podwyższeniem ciepłoty połączone choroby, mogą, bez względu na pomyślny ich przebieg, sprowadzić taką, równomiernie rozszerzoną i na policzkach tylko, na wargach, uszach, oraz innych częściach silniej występującą czerwoność, a to skutkiem podnieconej energji skurczów sercowych i zwolnionego napięcia naczyń, które stanowią też najbliższą przyczynę pomienionych wyżej przechodnich zaczerwienień skóry. Okres rozgrzania w każdym napadzie zimniczym, początek każdej ostrej choroby, przedstawiają przykłady podobnych zmian w barwie powłok ogólnych. Częstokroć barwa czerwona wikła się z innemi. Powikłanie to nie zależy od trafu, ale stanowi właściwość pewnych chorób. Tak np. w zapaleniu płuc, którego następstwem jest znaczne przekrwienie wątroby, na tle czerwonem skóry dostrzegamy odcień żółtawy. W zapaleniu stawów, w rozedmie płuc, w chorobach sercowych i w ogóle we wszystkich stanach chorobowych, połączonych z rozszerzeniem żył obwodowych, barwa skóry przybiera lekki sinawy odcień, na zwykłem tle czerwonawem. Jeżeli do powyższej przyczyny dołączy się nadto zwolnienie krążenia w naczyniach obwodowych, w takim razie, część wystawiona na chociażby nieznacznie mniejszy ucisk, niż ten, któremu ulegała przed chwilą, staje się natychmiast mocniej jeszcze zaczerwienioną. Ztąd to pochodzi, owo uderzające niekiedy zaczerwienienie jednego z policzków, u chorych na durzycę, lub na zapalenie płuc, ztąd powstają czerwone plamy przy ucisku na skórę, w zapaleniu opon mózgowych i t. p.

S i n a b a r w a s k ó r y, s i n i c a (cyanosis), występuje zawsze jako następstwo nadmiernego przekrwienia układu żylnego, nigdy zaś jako skutek dostania się do tętnic krwi żylnej. Rozwija się ona skutkiem ciężkich przeszkód w oddechaniu, skutkiem zwężenia, lub zgoła zamknięcia, na czas pewien, części górnej dróg oddechowych (np. ucisk na tchawicę, zwężenie, lub zatkanie szpary głosowej przez nowotwór, wypocinę, obrzmienie strun głosowych, albo też kurcz spazmatyczny, skutkiem podraźnienia odpowiednich nerwów, (najczęściej nerwu przeponowego), dalej, skutkiem zatkania licznych oskrzeli śluzem, porażenia m. m. oddechowych, duszenia

się (asphyxia), albo oczadzenia, w których to wypadkach krew przesyconą zostaje kwasem węglowym, a ztąd względne porażenie serca. Skoro w podobnym stanie prawa komórka i przedsionek, nie wypierają z dostateczną siłą krwi w nich zawartej, przeto rzecz oczywista, iż ta ostatnia gromadzić się musi w układzie żylnym. We wszystkich podobnych przypadkach, sinica do wysokiego dochodzi stopnia i bywa krótkotrwałą, chociaż częstokroć życiu zagraża. Przechodnia sinica, powstaje również przy każdym silnym napadzie kaszlu; trwała zaś bywa, albo następstwem zwężenia tętnicy płucnej, albo też zatkania, ucisku, lub wyniszczenia znacznej liczby jej gałązek, albo wreszcie spustoszenia, należącej do niej sieci włosowatej na znaczniejszej przestrzeni. Mechaniczne przeszkody w kurczeniu się serca, jako to: wypociny osierdzia, zwyrodnienie mięśni sercowych, wszystkie wady zastawek sercowych i następowe, od wad tych zależne zastoiny krwiste, wywołują sinicę, bez względu na to, czy źródło ich leży w prawej, czy też lewej komórce, czy polega na niedomykaniu zastawek przedsionkowych, czy też na zwężeniu ujścia, które tamuje zupełne, całkowite przelanie się krwi przedsionkowej do komórki. Przy wadach zastawek tętnicy głównej, na początku, zapobiegają one jeszcze mniej więcej cofaniu się napowrót krwi do tejże tętnicy wypartej; w późniejszych atoli okresach rozwoju wad rzeczonych, tama owa ustępuje i zwykle prowadzi za sobą sinicę. Przerwanie drożności, czyli zamknięcie światła, ucisk, lub innego rodzaju zwężenie światła jednej z żył główniejszych, sprowadza sinicę miejscową. W górnej i dolnej połowie ciała, powstaje ona przedewszystkiem z zamknięcia żyły czczej zstępującej, albo wstępującej; w odpowiednich kończynach zas, skutkiem zamknięcia żyły podobojczykowej, biodrowej, albo też pewnej liczby żył skórnych.

Sinicze zabarwienie skóry, rozmaitych dosięga stopni. Od nieznacznego, zaledwie dostrzegalnego sinawego odcienia, staje się ono coraz wybitniejsze, wreszcie dojść może zupełnie ciemnej, czarnosinej, bagnistej barwy, którą niektórzy porównywują do barwy dojrzewających jagód morwowych. W przypadkach wysoko rozwiniętej sinicy, błony śluzowe odznaczają się również sino-czerwoną, a nawet czarno-czerwoną (morwową) barwą. Przyczyną tego zabarwienia, jest rozszerzenie sieci drobnych żyłek, które przy bliższem badaniu (z użyciem szkła zwiększającego) z łatwością dostrzedz się dają; co zaś do grubszych żył, te oczywiście tem widoczniejsze się stają. Uciskając zlekka palcem wargi i skórę w stanie sinicy, możemy zawsze usunąć ją na chwilę, w miejscu uciśniętem; powstaje tam natomiast chwilowa plama blada. Jest to pierwsza oznaka, za pomocą której sinica różni się od tak zwa-

nej choroby srebrowej (argyrosis), powodującej srebrnoszare zabarwienie skóry. Osoby powyższą chorobą dotknięte, przedstawiają na pierwszy rzut oka złudny obraz sinicy. Gdzie mamy do czynienia ze szczerą sinicą, tam dostrzegamy zawsze znaczniejsze obrzmienie żył szyjnych, oraz żył przedbarczy i rąk, a tem samem, widoczniejszemi one się stają. Żyły szyjne przytem, odpowiednio ruchom oddechowym i kurczom serca, nabrzmiewają i klęsną naprzemian. Skóra w ogóle chłodna, na rękach i nogach, na nosie i czole, zgoła zimną bywa. Przy dłuższem trwaniu sinicy, cieńsze żyłki policzków, nosa, warg, gardła, zostają jednostajnie, albo też pacioreczkowato rozszerzone, i tworzą cieniuchną sieć, złożoną z sinawo-czerwonych, pokręconych, tu i ówdzie punkcikowato zgrubiałych linijek. Większe żyły odnóg dolnych, oraz żyły odbytnicy, najczęściej bywają porozszerzane pacierkowato, w skutek miejscowej przeszkody w krążeniu; przyczyny wywołujące sinicę, rzadko kiedy zrządzają w nich podobną zmianę. Następstwem długotrwałej, ciężkiej sinicy, bywa zwykle zbrzęknienie wodniste skóry. Pod wpływem zwiększonego odśrodkowego ciśnienia krwi, żyły mniej płynów wsysać są zdolne, natomiast zaś, same przez ścianki swe przepacają osocze.

Co do budowy skóry, ta skutkiem sinicy żadnym prawie nie ulega zmianom, ba nawet zbrzęknienie wodniste utrudnia tylko przesuwalność jej i fałdowanie. Na wewnętrznych trzewach za to, skutki ogólnej sinicy nader niepomyślnie się odbijają. Przekrwienie żylne, czyli sinica błon surowiczych, sprowadza przepacanie się płynów do jam, błonami temi wysłanych, nagromadzenie się zaś tych płynów, oddziaływa ujemnie, nietylko na ruch trzewów, znajdujących się w jamach, ale zarazem uszczupla przestrzeń im przynależną. Sinica błon śluzowych, tworzy tło, na którem sadowią się i stale gnieżdżą nieżyty, dostarczające ze swej strony materjału do owych najostrzej występujących wypocin, które, jak np. zbrzęknienie wodniste płuc, lub szpary głosowej (oed. pulmon v. glotid.), w sposób zabójczy działają na ustrój. Nadmierne przepełnienie naczyń wątrobowych, sprowadza powiększenie się tego trzewu, ucisk przewodów żółciowych, ostatecznie zaś staje się przyczyną zaniku miąższu. Nerki również ulegają sprawie zaniku, jako następstwo ucisku, wywartego przez żyły na tkanki otaczające; śledziona zaś przeciwnie, nieznaczny tylko bierze udział w następowych owych zmianach od sinicy zależnych, a to z powodu, że zastój żylny w tym trzewie, zostaje sprowadzony dopiero przez pośrednictwo naczyń włosowatych żyły bramnej, skutki zaś przekrwienia tych ostatnich, po większej części na wątrobie się tylko ogra-

niczają. Barwikowe stężenie (Pigmentinduration) miąższu płuc, bywa także następstwem sinicy.

Nader zajmującym i równie łatwym do sprawdzenia, jak trudnym do wytłomaczenia faktem jest, że w niektórych przypadkach wrodzonej i nawet dość znacznie rozwiniętej sinicy, drobniejsze żyłki skórne do najwyższego stopnia rozszerzone zostają, większe zaś mimo to nieulegają owym, układ żylny rozszerzającym wpływom. Chorzy też taką sinicą dotknięci, np. skutkiem zwężenia tętnicy płucnej, nie tak łatwo dostają ogólnej puchliny wodnej, i zmiany w krążeniu nie oddziaływują u nich tak szkodliwie na stan trzewów wewnętrznych, jak się to zwykle dzieje w innych przypadkach.

Żółtą barwę przybiera skóra najczęściej skutkiem wpływu promieni słonecznych, czyli opalenia, wyjąwszy oczywiście przypadki, w których skóra niektórych osób, lub całych plemion, od urodzenia odznacza się obfitością barwika. Części zabezpieczone odzieżą od wpływów słońca, zachowują barwę prawidłową, białkówka zaś zawsze pozostaje białą. Jeżeli barwik żółci zostanie wessanym do krwi, i za jej pośrednictwem przejdzie do skóry, w takim razie, ta ostatnia przybiera barwę blado-żółtą, słomiano-żółtą, przechodząc aż do ciemno-zielonawo, lub ciemno-brunatno-żółtej, niekiedy oliwkowo-zielonawej barwy. Białkówka w takich wypadkach bierze także udział w tem zabarwieniu skóry. Ucisnąwszy palcem miejsce zabarwione, zwłaszcza na wargach, otrzymujemy plamę zupełnie żółtą; podniebienie miękkie, które przy szeroko rozwartej jamie ustnej, skutkiem naprężenia, blednie nieco, przedstawia się także żółto zabarwionem (de Longon); mocz zawiera w sobie barwiki żółci, gdzie zaś przewody żółciowe są zamknięte i nastąpiło wessanie barwika, tam stolce bywają odbarwione, tętno wolnieje (*), odżywianie zostaje upośledzonem. Mocz zaprawiony kwasem octowym, lub nalewką jodową, przybiera barwę zieloną; za dodaniem zaś dymiącego kwasu azotowego (właściwie do kwasu wlanego poprzednio, mocz się następnie dolewa), utwory utlenienia barwika żółci, przybierają zmienną: zieloną, fioletową, czerwoną i żółtą barwę (Gimelin). Owa gra barw, występuje od dołu ku górze.

Jakkolwiek w znacznie większej liczbie przypadków żółtaczki, jesteśmy w stanie wykazać wątrobowe jej pochodzenie, jako następstwo wessania istot żółciowych, wytworzonych w tym trzewie, to

[1]) Nawet w takich przypadkach, gdzie przed wystąpieniem żółtaczki, naparstnica żadnego nie wywierała skutku. Sole kwasów żółciowych działają bezpośredn.io na zwoje sercowe (A. Röhrig) i na mięśnie serca (Traube) w sposób porażający.

jednakże rozwój żółtaczki czysto-krwistego pochodzenia (hematogene Entstehung), możnaby, według Gerhardt'a, uważać również za rzecz pewną. Jednoznaczność hematoidyny (broczniawiku) i bilifulwiny, chemicznie dowiedzioną została, praktyka zaś lekarska, również świadczy za tem. Tak np. Gerhardt dostrzegał przypadek ostrego stłuszczenia wątroby, serca i nerek, w którym, we dwanaście godzin, po obfitych, czysto żółciowych wymiotach, wybitna wystąpiła żółtaczka. Wypadek ten nie zgadza się ze znanym faktem, że od czasu zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego (d. choledochus) do chwili wystąpienia żółtaczki, trzy dni zwykle upływa. W kilka godzin później, zamiast żółtaczki, wystąpiło mocno-czerwone zabarwienie skóry, pośmiertne zaś badanie wykazało, że wszystkie trzewy krwisto-czerwoną barwą przeniknione były. Krwiste pochodzenie żółtaczki, musimy uznać za pewne, w przypadkach, gdzie ani stolce odbarwianemi nie są, ani też w moczu nie da się wykryć kwasów żółciowych, za pomocą próby Pettenkoffer'a i Neukomm'a (cukier i kwas siarczany).

Największe podobieństwo do żółtaczki, przedstawia barwa tkanek ustrojowych, po spożyciu pikroazotanu potasu (Kali picronitricum). Barwa skóry przybiera wtedy bardziej brunatny odcień, nie jest tak wybitnie żółtą, jak w żółtaczce; w moczu zaś nie masz barwików żółciowych. Owa żółtaczka pikrynowa, może służyć za środek do dziwnego oszustwa, badanie zaś moczu, nawet nie jest w stanie udowodnić je na pewno osobie, któraby się tego chwyciła środka, zdarzają się bowiem przypadki, w których przy zwykłej żółtaczce, niepodobna odkryć w moczu barwików żółciowych.

Zwyrodnienie nadnerczy i zniszczenie ich przez nowotwory sprowadza brązowe zabarwienie skóry, jak to dostrzegał Addison i wielu innych. Występuje tu ciemna, szaro-brunatno-żółta barwa, rozwijająca się przedewszystkiem w miejscach wystawionych na działanie światła; później zaś, obejmuje częstokroć narządy moczopłciowe, jamy pachowe, w okolicy zaś sutek piersiowych, najwybitniejszą się staje. Częstokroć w jamie ustnej, albo i na powierzchni ciała, dostrzegamy pojedynczo rozproszone plamy i plamki czarne. Białkówka nie traci przytem białej swej barwy. Chorobie tej towarzyszy zwykle niedokrewność i wychudnienie. Mocz zawiera ślady taurocholowych i tłuszczowych soli. Gdzie mamy do czynienia z początkowym okresem choroby, zmienioną barwę skóry można z łatwością słonecznemu opaleniu przypisać.

Z pomiędzy innych zabarwień skóry, zasługuje przedewszystkiem na uwagę zabarwienie srebrowe i miedziowe. Pierwsze występuje niekiedy skutkiem spożycia rozmaitych, co do wielkości, dawek saletranu srebra, i na początku objawia się zupełnie, jako bla-

do-szarawa barwa, jak gdyby cała skóra z lekka ołówkiem potartą została. Barwa ta rozszerza się dość jednostajnie, na całą powierzchnię ciała, wybitniej atoli występuje na rękach i twarzy. Przy dalszem używaniu srebra, barwa rzeczona zmienia się na ciemno-sino-szarą, później zaś w czarno-szarą przechodzi. Ten ostatni odcień, stanowi najwyższy stopień zabarwienia, który się też i na białkówkę rozszerza, nadając jej barwę sino-szarą; zaś na błonie śluzowej warg i ust, występują na tle szarawem rozlane, ciemniejsze sino-szare plamy. Srebrowe zabarwienie skóry, nie ustępuje zgoła pod wpływem ucisku palcem, bez względu na to, że miejsce uciśnione staje się nieco bledszem.

Ogólne zakażenie miedziowe, zdarza się w ogóle rzadko, a jeszcze rzadziej takiego dosięga stopnia, że skóra twarzy przybiera żółto-zielonawą barwę. W tym ostatnim przypadku, w niektórych miejscach błony śluzowej jamy ustnej, mają występować ciemno-sine plamy, na podstawie zębów zaś, szare obwódki. U zdrowych zresztą robotników, pracujących nad wyrobami miedzianemi, znajdujemy częstokroć zielone, barwę trawy przypominające obwódki, na podstawie zębów przednich.

Ze zlania się barw wyżej wymienionych, powstają b a r w y m i e s z a n e. Z tych dwie głównie zasługują na uwagę pod względem porównawczym. Najpierw:

Połączenie żółtaczki i sinicy, przy czem ta ostatnia przeważa u wielu chorych, cierpiących zarówno na przepełnienie innych żył, jako też na znaczne rozszerzenie żył wątrobowych, a to w takim stopniu, że przewody żółciowe, zostają uciśnięte i krążenie żółci upośledzone. Takiem zabarwieniem skóry, odznaczają się przedewszystkiem chorzy, dotknięci wadami serca, równie też chorzy na rozedmę, łub zapalenie płuc przewłoczne. Sinica, w takich wypadkach, bywa wybitną, i oprócz tego nadaje skórze, a nawet białkówce, brudno-sinawy odcień, który skutkiem przymieszku żółtej, w brunatną barwę przechodzi. Stanowi temu, zawsze prawie towarzyszy wodna puchlina dolnych części ciała. Pod wpływem ucisku wywartego na skórę, powstaje blada plama, na której jednak żółta barwa zawsze się odbija. Wątroba bywa powiększona, twarda, gładka; mocz zawiera barwiki żółci, w ogóle jednak dość jest przypatrzyć się białkówce, ażeby dostrzedz żółtaczkowe jej zabarwienie. Szczególną jest rzeczą, iż istnieją najsilniejsze sinice, które całe lata trwać mogą, nie doprowadzając jednakże do tak silnego przekrwienia wątroby (w. muszkatołowata), ażeby ztąd rozwijała się żółtaczka. Za przykład taki służyć może wrodzone zwężenie tętnicy płucnej. Przeciwnie zaś, gdzie mamy do czynienia z wą-

dami dwu i trójdzielnej zastawki sercowej, tam rzadko kiedy sinica trwa dłużej, bez powikłania się z żółtaczką.

Drugą barwą mieszaną, o której wspomnieć nam wypada, jest ta, którą oznaczamy nazwą siności ołowianej (livor), a która powstaje z sinego zabarwienia, na bladem przedtem tle skóry. Dostrzegamy podobną barwę w przypadkach raptownego omdlenia chorych, dotkniętych sinicą, w niektórych przypadkach osłabionej czynności serca, przy zatamowaniu oddechu (suffocatio), u osób niedokrewnych i bledniczych, w chorobach powodujących przekrwienie żylne w całym tułowiu, oraz aspirację tejże do większych żył jamy piersiowej. W ten sposób daje się bardzo łatwo rozwiązać stare pytanie: czyli chorzy na krup (dławiec), wyglądają blado, czy też sino? Wyglądają oni jednocześnie i blado i sino. Rumianość skóry znika w takich przypadkach; odznacza się ona lekkim, bladoszarym połyskiem, zgoła jakby ołowianą barwą. Rzeczona barwa najwybitniej występuje na policzkach i wargach, w okolicy podoczodołowej, a także na ostatnich członkach palców, pod paznogciami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Przegląd literatury lekarskiej.

Medycyna wewnętrzna.

CHOROBY PŁUC.

NAJNOWSZE PRACE O PYLICY PŁUCOWEJ. [1])

(Pneumoconiosis. Staubinhalationskrankheiten.)

podał

Dr. Edward Korczyński.

Lekarz ordynujący w szpitalu św. Ducha w Krakowie

Niemeyer. Lehrbuch der spezielen Pathologie und Therapie 8. wyd. Berlin 1871 r.

Lebert. Handbuch der praktischen Medizin. 4. Auf. Tybinga 1871.

Pokatilow. O barwiku płucowym. Referat M. Rudnewa. Virchow'a i Hirrch'a. Jahresbericht f. d. J. 1870.

Heuyer. Essai sur les mélanoses du poumon. Thése. Strasbourg 1869.

Pick. Case of Colliers lung. Lancet 1870.

---

1) Wyraz ten pozwoliłem sobie utworzyć ze zródłosłowa pył (Staub) na wzór: gruźlica, krzywica itp. (Przyp. Spraw.)

Merkel. Zur Casuistik der Staubinhalationskrankheiten. Deutsches Archiv f, klinische Medizin. I. VIII. Heft II, u. Weitere Beitraege z. Casuistik d. Staubinhalationskrakheiten. Deut. Arch. f. klin. Med. Jahrg. IX. Heft I.

Już w zeszłym wieku zwracano uwagę na tę szczególną okoliczność, że suchoty płucowe przydarzają się bardzo często u kamieniarzy i górników pracujących w kopalniach węgla. Domyślano się, że drobne okruchy kamienne i węglane, dostają się do dróg powietrznych, jako ciała krawędziste, drażnią błonę śluzową oskrzeli i wywołują następowe zmiany odżywcze w płucach. Domysły te stały się pewnikiem dopiero w czasach najnowszych, gdzie nie tylko że stwierdzono szkodliwy wpływ na narząd oddechowy rozmaitych pyłów, w powietrzu się unoszących, lecz wykazano dobitnie, że te ciałka obce znachodzą się istotnie w płucach ludzi, którzy je dłuższy czas wdechali, i udowodniono sposób, w jaki rozwijają wpływ niekorzystny, bądź to na krtań, oskrzela lub płuca.

Zasługa pod tym względem należy się zarówno badaczom francuskim i angielskim (Peacock, Hamilton, Rilliet, Putégnat) jakoteż niemieckim (Lewin, Traube, Zenker). Oni to wykryli, lub opisali bliżej, pojedyncze rodzaje chorób płucowych, które pochodzą z wdechania pyłów węglanych, żelazistych, krzemiennych, i oznaczyli je osobnemi nazwiskami: *anthrocosis*, *siderosis*, *chalicosis pulmonum*. Zenker, prof. anatomji patalogicznej w Erlangen, nadał pierwszy tym zmianom chorobowym ogólną nazwę pylicy płucowej (Pneumoconiosis. Staubinhalationskrankheiten), i położył w ten sposób tamę dalszym rozdrabnianiom jednej i tej samej choroby.

Kilkanaście rozpraw, rozrzuconych po rozmaitych czasopismach i rocznikach lekarskich, z ostatnich 11 lat, stanowiły całą literaturę tej choroby, tak wielce ważnej nie tylko dla lekarzy praktycznych, ale zarówno dla hygienistów i zajmujących się policją lekarską. Podręczniki i dzieła patologji i terapji szczegółowej, zupełnie nic nie wspominały o pylicy, lub poprzestawały tylko na krótkiej wzmiance. Dla tego też ogół lekarzy praktycznych, nie miał sposobności dokładnego zaznajomienia się z tą nowością w dziedzinie patologji. Z przyjemnością wypada mi więc zapisać, że dwaj z najsławniejszych klinicystów niemieckich, Niemeyer i Lebert, w najnowszych wydaniach swych podręczników, poświęcają pylicy osobne ustępy.

Niemeyer wspomina, że przy otwarciu zwłok ludzi, którzy pracowali dłuższy czas w kopalniach węgla, lub wdechali pył węglany, przy rozmaitych rękodziełach, napotkać można nie rzadko zupełnie czarne zabarwienie płuc i gruczołów oskrzelowych. (Anthracosis.) Nie ulega wątpliwości, że przyczyną tego zabarwienia są cząstki węgla, gdyż badanie drobnowidowe wykrywa w nich resztki utkania roślinnego. Miąższ płucowy zachowuje się zazwyczaj dosyć obojętnie, tak, że uie rzadko czarna barwa płuc jest jedynem zboczeniem patologicznem. W innych przypadkach, znajduje się przerost tkanki łącznej międzyzrazikowej, który rozpoczyna się w najbliższem sąsiedztwie oskrzeli, i rozszerza się nieraz na znaczne przestrzenie płuc w postaci zapalenia międzyzrazikowego (Pneumonia intersti-

tialis). W pośród miąższu w ten sposób zmienionego dostrzedz można nieraz jamy, które powstały ze zropienia rozstrzeni oskrzelowych.

Co do wdechania drobin żelaza, powołuje się Niemeyer na Zenkera, i twierdzi, że w płucach powstają zmiany podobne do poprzednich, z tą tylko różnicą, że płuco ma barwę ceglastą (siderosis pulmonum). Żelazo nagromadzone w płucach, może również wywołać rozległe zapalenie międzyzrazikowe, z następowemi rozstrzeniami oskrzelowemi i jamami.

Drażnienie płuc i błony śluzowej oskrzeli przez ciała obce, jest jednym z ważnych wpływów, usposabiających do gruźlicy i suchot płucowych, jak to stwierdzamy u rzemieśników, którzy pracują ciągle w powietrzu, przepełnionem pyłem rozmaitych ciał.

Lebert pochwala złączenie wszystkich rodzajów pylicy w jedną ogólną nazwę. Przytacza on niewątpliwe dowody istnienia tej choroby: Bristowe znalazł w płucu kamieniarza znaczną ilość ostrokrawędzistych, przeświecających ciałek, które zupełnie odpowiadały pyłowi, jaki uzbierano w pracowni kamieniarskiej; podobne spostrzeżenia czynili Kaussmaul i Feltz.

Ten rodzaj pylicy jest najniebezpieczniejszy ze wszystkich. Okruchy kamienne drażnią w wysokim stopniu płuca i wzniecają chorobę, która przebiega szybko, wśród objawów rozsianej gruźlicy. Z 50 robotników w pracowni kamieni młyńskich w Londynie, umarło 20 na gruźlicę płucową, a inni okazywali już objawy gruźlicy. Kamieniarze berlińscy wiedzą sami, że każdy z nich po 30tym roku życia rozpoczyna kaszlać i nabawia się choroby płucowej, a Lewin stwierdził, że na 100 kamieniarzy, w przeciągu lat czterech, umarło 33 na suchoty płucowe, jak niemniej, że krwotoki płucowe, zapalenia płuc i opłucnej, są u nich bardzo częste. Równie znaczną śmiertelność okazywać mają szlifierze kryształów.

Zenker wykrył w płucach ludzi wdechających pył żelazisty, bryłki niedokwasu żelaza, nawet w opłucnej i gruczołach oskrzelowych, w przybłonku najdrobniejszych oskrzelów, a nawet pęcherzyków płucowych. Przez ściany pęcherzyków płucowych dostały się cząstki żelaza do tkanki międzyzrazikowej, do tkanki łącznej podopłucnowej, a przez ściany naczyń limfatycznych aż do gruczołów naokoło tchawicy położonych. W płucach znachodził Zenker obraz zapalenia płuc przewłocznego rozsianego, w rozmaitych postaciach i stopniach rozwoju, aż do wytwarzania się jam. Szkodliwemu wpływowi pyłu żelazistego, podlegają przeważnie robotnicy, którzy mają do czynienia z czerwienią angielską, której używa się do czyszczenia szkła, zwierciadeł i t. p., jak niemniej ludzie, zajmujący się wyrabianiem złota malarskiego.

Zarówno drażni oskrzela i płuca pył, w jakim pracują górnicy w kopalniach węgli. Najpierw znachodzą się okruchy węgla w oskrzelikach i pęcherzykach płucowych, później dostają się do miąższu płucowego, gdzie tworzą kępki, które zlewają się, twardnieją i zamieniają w guzy, dochodzące do wielkości wiśni. Guzy te częściej usadawiają się w płatach dolnych i środkowych, aniżeli w górnych i składają się z samego węgla. Jeżeli do tych zmian

przyłącza się nieżyt oskrzelowy, lub rozedma płucowa, rozwijają się rychło rozsiane nacieki zapalne. Wtedy guzy węglane rozpadają się, tworzą się jamy o ścianach kobielistych, które rzadko dochodzą do znaczniejszych rozmiarów i otoczone są zazwyczaj zbitą tkanką łączną. Czasem powstają naokoło nich małe ropnie, a właściwa gruźlica przyłącza się tem rychlej, im więcej cząstek krzemiennych znachodziło się w pyle węglanym. Robotnicy, którzy pracują w kopalniach węgla, kaszlą zazwyczaj i odksztuszają plwociny szare, które mieszczą w sobie cząstki węgla. Po niejakim czasie powstaje duszność, do której skutkiem nienależytej przemiany gazów w płucach, przyłącza się niedokrewność. Zauważano już w zeszłym wieku, że ludzie ci słabną, nabierają nędznego wejrzenia, tracą łaknienie, doznają zawrotu głowy, że im obrzmiewają żyły szyjne, a napięcie tętnic obwodowych się zmniejsza. W tym okresie choroby, wykrywa badanie przedmiotowe tylko objawy nieżytu oskrzelowego. W późniejszych okresach powstaje u jednych rozedma płucowa, której towarzyszą coraz większe napady duszności, u innych zagęszcza się miąższ płucowy, osobliwie w szczytach, gdzie też najrychlej spostrzedz się dają objawy jam. Chorzy znachodzą się wtedy w największem niebezpieczeństwie.

Waciarze równie są usposobieni do gruźlicy. Lewin wykrył w ich plwocinach liczne włókienka bawełny. Lubo pył waciany ma działać mniej szkodliwie aniżeli pył żelazisty, 80% ludzi zajmujących się czyszczeniem waty, kaszle, wygląda nędznie i rychło przenosi się do innego zajęcia.

Z samoistnych prac, jakie w ciągu roku 1870 i 1871 pojawiły się o pylicy, zasługują na wzmiankę:

Pokatilow robił doświadczenia na królikach, ażeby rozstrzygnąć sporne pytanie, czy każdy barwik czarny, znachodzący się w płucach, koniecznie pochodzić musi z cząstek obcych, a przeważnie węglanych, które wraz z powietrzem wdechanem, dostają się do płuc. Rozcinał im krtań i wprowadzał do tchawicy 12—15 cc. krwi odwłóknionej. U zwierząt, które zabijał w miesiąc potej operacji, — znajdował w płucach miejsca ciemnoczerwone, w których mógł pod drobnowidem rozeznać jeszcze ciałka krwi. W dwa miesiące po operacji, miejsca te były już czarne, ciałka krwi poznikały, natomiast zawierały pęcherzyki płucowe dwie komórki napełnione barwikiem, a przybłonki oskrzeli i gruczoły oskrzelowe, mieściły w sobie barwik czarny, ziarnisty. U zwierząt zabitych w trzy miesiące po wprowadzeniu krwi do tchawicy, barwik czarny nie rozpuszczał się już ani w kwasach, ani w alkaljach.

Doświadczenia te wskazują więc, że barwik płuc i gruczołów oskrzelowych, może powstawać wyłącznie z barwika krwi i że nie ma dotąd żadnego pewnego sposobu, za pomocą którego możnaby odróżnić ten barwik od zabarwienia, wywołanego drobinami węgla.

Do podobnych wyników doszedł był **Heyer** lecz tylko na podstawie rozumowania, opartego na przeglądzie literatury tego przedmiotu. Sądzi on nadto, że pył węglany wywołuje zawsze zapalenie śródmiąższowe płuc, i że tem różni się od prawidłowego barwika płuc, który powstaje ze krwi.

Pick poszukiwał chemicznie kawał płuca mocno czarno ubarwionego, który wydobył ze zwłok węglarza, lat 64 liczącego. Po spaleniu znalazł bardzo wiele kwasu krzemowego. Zabarwienie czarne nie mogło więc pochodzić z czego innego, jak tylko z pyłu węglanego. Trzy rozbiory chemiczne płuc napylonych, wykonał z takimże wynikiem Greenhow.

Kazuistykę pylicy powiększył w najnowszych czasach przeważnie **G. Merkel**, który już w r. 1868 umieścił w tomie VI. czasopisma Deutsch. Ar. f. kl. Med. dwa spostrzeżenia do tej choroby się odnoszące. Najnowsze przypadki jego są w najkrótszem zestawieniu następujące.

I. Wziewanie pyłu niedokwasu żelazowo-żelazawego—Suchoty płucowe.

Do szpitala norymberskiego zgłasza się robotnik z fabryki machin, lat 54 liczący. Jest on nędznie odżywiony, gorączkuje pod wieczór, kaszle od pół roku i przedstawia objawy suchot płucowych. Plwociny jego są szaro-czarne, badanie mikrochemiczne wykrywa w nich mnóstwo cząstek żelaza, a nawet po dolaniu kwasu solnego zabarwiają się plwociny cisawo. Po miesiącu tworzy się jama w szczycie płuca prawego, gorączka zwiększa się, nastaje obfite rozwolnienie, a chory umiera po 6 tygodniach. Przy otwarciu zwłok znaleziono: Opłucna płuca lewego w szczycie zrośnięta silnie z opłucną żebrową; w worku opłucnowym prawym $^1/_2$ kwarty surowicy, a dolny płat płuca pokryty wypociną włóknikową. Obydwa płuca są duże, nie zapadają się i czuć w nich guzki wielkości siemienia. Dolna część górnego płatu płuca prawego nie zawiera powietrza, przedstawia zwątrobienie szare, z plamami czarnymi i gurkami czarnymi, twardymi, wielkości soczewicy; górna część tego płatu zamieniona jest w jamę, która jest w związku z oskrzelem, i ma ściany gładkie, ciemno-czarne, które trzeszczą przy rozkroju. Płat środkowy zawiera powietrze, jest jednostajnie szary i mieści w sobie prążki czarne i guzki ciemno-szare, wielkości soczewicy. W przodkowych częściach płatu dolnego, podobne guzki, które w środku rozpadają się sérowato. W samym szczycie płuca lewego blizna czarna, a poniżej zwątrobienie szare, z czopami włóknikowemi w drobniejszych oskrzelach. Płat dolny podobnie zmieniony jak w płucu prawem. Gruczoły oskrzelowe są na przekroju w części szare, w części zupełnie czarne.

Przy badaniu drobnowidowem okazało się, że barwik znachodzi się najliczniej w tkance łącznej międzyzrazikowej, naokoło oskrzeli a najobficiej w częściach obwodowych płuc. W gruczołach oskrzelowych ułożony jest barwik w częściach obwodowych gruczołu i w tkance łącznej.

Prof. Gorup-Besanez wykrył, że 100 gm. tych płuc zawierają 0·883 gm. niedokwasu żelaza, a więc 4 razy więcej, aniżeli krew z tychże samych zwłok wyjęta.

Bliższe dochodzenie wykazało, że chory przez lat 12 zajmował się oczyszczaniem blach żelaznych z niedokwasu zelazowo-zelazawego, zapomocą tarcia szorstkimi kamieniami i to w ciasnem miejscu wraz z 12 towarzyszami.

2. Wziewanie pyłu glinki. — Choroba podobna do duru brzusznego. (Typhus abdominalis.

Młynarz, liczący lat 39, który kaszlał od 3 miesięcy, zapadł przed 3 tygodniami na ból głowy, osłabienie ogólne i brak łaknienia. Przypady te zwiększały się coraz bardziej, tak że zmuszony był szukać pomocy w szpitalu Norymberskim. Cały obraz chorobowy odpowiadał durowi, brakowało tylko osutki i powiększenia śledziony; dlatego rozpoznanie ważyło się między durem brzusznym a ostrą gruźlicą prosową. Choroba ukończyła się niepomyślnie po 4 tygodniach.

Przy otwarciu zwłok znaleziono: Mięśnie suche, ciemnocisawe. W zatokach mózgowych ciemne skrzepy krwi, mózg miernie w krew zamożny. Opłucna nad dolnymi płatami płuc chropowata, jakby pokryta drobnym piaskiem. Płuca przejęte wszędzie powietrzem, trzeszczą przy krajaniu, są twarde, chropowate, jakby posypane drobnymi okruchami ciemno-zielono-szarymi. Gruczoły oskrzelowe mocno powiększone, ciemne, trzeszczą pod nożem. W jamach sercowych krew skrzepła. Jelita spojone są między sobą skąpą wypociną włóknikową. Wątroba krucha. Śledziona powiększona. Istota rdzeniowa nérek nieco przekrwiona. Wrzodów w jelitach nie ma, gruczoły kreskowe nie obrzmiałe.

Sekcja nie stwierdziła więc rozpoznania duru, ale zarazem wcale nie wyjaśniła rodzaju choroby gorączkowej i przyczyny śmierci, gdyż nieznaczne zapalenie otrzewnej nie wystarczało do wytłomaczenia objawów klinicznych, ani nie było w stanie pociągnąć za sobą śmierci.

Powodowany tą niepewnością, zwrócił M. uwagę bliższą na płuca i przekonał się przy badaniu drobnowidowem, że tkanka łączna płuc jest przerosła, i zawiera mnóstwo drobnych komórek, a pęcherzyki płucowe wypełnione są dużemi komórkami w części stłuszczonemi. Tak w komórkach tych, jakoteż w tkance łącznej międzyzrazikowej i w środku oskrzelików, znalazł mnóstwo płyt rombicznych, rozmaitej wielkości, które mocno załamywały światło, nie rozpuszczały się ani w eterze, ani chloroformie, kwasie siarkowym, azotowym, octowym, ługu potasowym, a rozjaśniały się nieco po dodaniu ługu sodowego.

Rozbiór chemiczny, wykonany przez prof. G o r u p-B e s a n e z'a wykazał, że 227 gm. płuca, zawierają 1,596 gm. niedokwasu glinowego i tyleż kwasu krzemowego, 0,329 gm. żelaza i dość znaczną ilość węgla. Wynik tego rozbioru tem bardziej zasługuje na uwagę, że niedokwas glinu nie wchodzi wcale w skład tkanin ludzkich, a kwas krzemowy napotyka się tylko w małych śladach.

Stwierdzono dalej, że chory przez 11 lat pracował w fabryce barwidła niebieskiego (ultramarin), w budynku, gdzie 12 kamieni ucierało na drobny proszek glinkę (krzemian glinowy) węgiel i sodę.

Autor nie odważa się stanowczo na przyjęcie ścisłego związku przyczynowego między wdechaniem pyłu glinki a chorobą podobną do duru, podaje jednak przypadek ten jako bardzo ciekawy i zagadkowy, który rozjaśnić mogą dopiero inne spostrzeżenia tego rodzaju.

8. Choroba płuc skutkiem oddychania powietrzem, przepełnionem cząstkami żelaza. (Siderosis pulmonum.)

Zauważał ją M. u kobiety lat 39 liczącej, która przez 6 lat brała udział w wyrabianiu tak zwanego złota malarskiego. Plwociny

były brudno-cisawe, a drobnowidz wykrywał w nich, obok mnóstwa komórek ropy i śluzu, także włókna sprężyste i barwik cisawy, bądź to w wolnych ziarnkach, bądź objęty ścianam, i komóreą. Przy otwarciu zwłok, znaleziono, w środku górnego płatu płuca prawego jamę wielkości pięści dziecięcej, napełnioną miazgą brudno-cisawą; najbliższe otoczenie jamy stanowił miąższ płucowy, modzelowaty, czerwono ubarwiony, a pośród niego sterczały małe czarne guzki, otoczone drobną czerwoną siatką. Wreszcie płuca zraziki odgraniczone były przerosłą i zbitą tkanką łączną; cały przekrój miał barwę ciemno-cisawą, pośród której odbijały czerwone punkciki. Płuco lewe przedstawiało te same zmiany.

4. Zapalenie płuc międzyzrazikowe, nacieki serowate i gruźlica płucuwa jako następstwa nawęglenia płuc (Anthracosis pulmonum).

Zmiany w płucach były takie same, jakie opisuje Lebert, a cząstki węgla znachodziły się po największej części w tkance łącznej międzyzrazikowej. Popierałoby to twierdzenie Traube'go (Gesammelte Beitraege zur Pathol. u. Physiol. II. t. str. 774), że owrzodzenie płuca nawęglonego (Phthisis melanotica), wtedy można rozpoznać za życia, jeżeli w plwocinach wykrywa się, obok włókienek sprężystych, wiele cząstek barwika, nie objętych ścianami komórek.

Chirurgja.

Sprawozdawca Dr. OBALIŃSKI.

Lekarz ordynujący w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

H. Fischer: O wstrząsnieniu mózgu. (Ueber die Commotio cerebri.) Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann. N. 27.

Przy sposobności przedstawienia uczniom chorego z wstrząśnieniem mózgu, zwraca F. uwagę na to, że najważniejszym przypadem tej choroby jest śpiączka (coma), której nam anatomja patologiczna nie może wytłomaczyć ujemnemi wynikami swych badań. F. chcąc objaw ten wyjaśnić, przechodzi po kolei wszystkie dotąd znane teorje i hypotezy. I tak: najdawniejszą z nich, która utrzymała się aż do dziś dnia, mianowicie, że przy wstrząśnieniu mózgu, nastaje przesunięcie się i zmiana cząstek drobinowych mózgu, których my jednak naszemi niedostatecznemi środkami zbadać nie możemy, zbija F. następującemi dowodami: 1) że nie mamy dowodu na to, iż cząstki mózgu zostały poruszone, 2) że dotychczasowe nasze wiadomości fizjologiczne i patologiczne, nie zdołają nam wytłomaczyć, jak przesunięcie tych cząstek wywołać by miało śpiączkę, gdy znaczne nawet zranienia i ubytki mózgu jej nie wywołują, 3) że śpiączka wywołana chloroformem, powstaje najprawdopodobniej za pośrednictwem krwi, według spostrzeżeń Carter'a, przeciw doświadczeniom Bernstein'a, nakoniec 4) że doświadczenia Alquié'go, według których, zawartość naczynia nie ulega drganiu,

jeżeli je tylko dokładnie wypełnia, nie dozwalają przyjęcia drgania lub chybotania drobnych cząstek mózgu.

Inni oparli się na Rokitańsky'm i Nelaton'ie, którzy mieli znaleść, w kilku przypadkach poszarpane włókienka mózgu i pęknięte naczyńka. Jednakże F. twierdzi zgodnie z Alquié'm i Dupuytreniem, że tylko w rzadkich przypadkach, znaleść można podobny stan, że w końcu stan ten odpowiada stłuczeniu mózgu (contusio cerebri.)

Wreszcie inni porzucili anatomję patologiczną i wezwali do pomocy fizjologję, twierdząc, że ucisk mechaniczny sprowadza niedokrewność mózgu, a ta dopiero spiączkę, jak tego dowodzą doświadczenia Kusmaul'a i Tenner'a. Takiemu pojmowaniu rzeczy sprzeciwiają się jednak według F. trzy spostrzeżenia: 1) że wstrząśnienie mózgu nastaje nawet wtenczas, jeżeli uderzenie nie trafiło w samą czaszkę, 2) że przypady spiączki trwają o wiele dłużej niż działanie mechaniczne, 3) że przy oględzinach pośmiertnych, znachodzimy właśnie przekrwienie żył i zatok, któreby przecież łatwiej powinny uledz uciskowi mechanicznemu niż tętnice.

Doświadczenia Nothnagl'a naprowadziły, w nowszych czasach, na myśl, czy też mechaniczne działanie nie sprowadza kurczu zwrotnego (Reflexkrampf) naczyń mózgowych, a w dalszym następstwie niedokrewności i spiączki. Chociaż F. teorji tej bystrości nie odmawia, twierdzi jednak, że jest nieprawdopodobną i że zresztą nie tłomaczy nam stałego objawu przy oględzinach pośmiertnych t. j. przekrwienia żylnego.

Tak przeszedłszy wszystkie dotąd znane teorje, stawia F. w końcu swoją. F. tłomaczy powstanie wstrząśnienia mózgu, czyli śpiączki, przez zwrotne porażenie (Refläxlähmung) tętniczek mózgowych, a więc uważa wstrząśnienia jako skok mózgu, na podstawie doświadczeń Goltz'a na żabach, według których, porażone tętniczki nie pośredniczą odżywianiu i utlenianiu, a sprowadzają przekrwienie żylne.

W dalszym ciągu wyjaśnia F., za pomocą tej hypotezy, wszystkie objawy kliniczne wstrząśnienia mózgu; i tak: zwolnienie ruchów serca i oddechów jako też i wymioty, uważa jako objawy niedokrewności, rdzenia przedłużonego, uważając to z Landois'em jako bodziec dla ośrodków nerwu błędnego.

Rzadkość drgawek (convulsiones) przy wstrząśnieniu mózgu, tłomaczy F. tem, że do zadrażnienia ośrodka kurczowego (Krampfcentrum) potrzeba wysokiego stopnia niedokrewności, co się jednak rzadko wydarza.

Do wytłomaczenia innych przypadów, jak: znachodzenia się cukru i białka w moczu, obok powiększonej ilości tegoż, powołuje się F. na znane i piękne doświadczenia Claude Bernard'a, podczas gdy znachodzenie się pojedynczych ciałek krwi czerwonych w moczu, odnosi do porażenia zwrotnego tętniczek nerkowych.

Co do przebiegu tej choroby, to odróżnia F. dwa jej okresy: okres zniżenia (depressio) i podniecenia (exaltatio), według których zastosowanem być winno leczenie: w pierwszym podniecające w drugim przeciwzapalne.

Choroby dzieci.

Sprawozdawca Dr. BERGER.

Lekarz pomocniczy w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Dr. Breidenbach. Ueber die Anwendung des Chininum hydrochloratum bei Tusis convulsiva. Ctralbl. f. med. W. 1870 p. 831,

Dr. Ferraud. Behandlung des Keuchhustens mit Chloralhydrat.

Dr. Bottari. Behandlung des Keuchhustens mit Benzin. 1870.

Stierlin. Ueber die Behandlung der katarrhalischen Pneumonie der Säuglinge mit Ammonium carbonicom Berl. kl. Wochenschr. 1870. Nr. 26.

Dr. L. Fleischmann. Therapeutisches aus dem Fran-Jos. Kindersp. in Wien. Jbrb. f. Kderheilk. III. p. 327.

Dr. Küchenmeister. Neue mit frischen diphtheritischen Häuten angestellte Lösungsversuche. Jahresber. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. in Dresden. Juni 1869 bis Mai 1870. p. 29. und Berl. kl. Wochenschr. 1869 Nz. 50.

Dr. Breidenbart w Aeulerhof widział po użyciu **Chlorku chininy w krztuśćcu** (kokluszu) (idąc za przykładem Binz'a) bardzo pomyślne skutki. Używał tego leku tylko w przypadkach bez powikłań, w dawkach względnie wielkich. Stosownie do wieku (3 tygodnie do 8 lat) i nasilenia chorobowego, dawka skuteczna wynosiła od 0·1—1·0 grm. dziennie. Przypadków zatrucia nie było. Działanie było tak szybkie, że w najgwałtowniejszych przypadkach, już po 48 godzinach malała moc i częstość napadów. Celem wstrzymania powrotu, używa, po uśmierzeniu napadów, jeszcze jakiś czas małych dawek tego środka.

O leczeniu krztuśćca chloralem podaje Dr. Ferraud. Używał takowego w jednym przypadku, gdzie w krótkich przestankach, w jednej rodzinie zachorowało troje dzieci, w wieku 3—4 i 10 lat. Dwoje innych, które zostały oddzielone, nie podległo chorobie. Gdy wymiotnica (ipecacuanha) Bals. de Tolu, i rozczyn chlorofornu, okazały się bezskutecznemi, przystąpił do używania chloralu. Dozował w ten sposób, że 2grm. rozpuścił w 15 grm. syropu, tak, że na łyżkę wypadło 25 Centigrm chloralu. Z tej mieszanki podawał 2 łyżki po obiedzie, jedną przed kolacją, a jedną przed spaniem. Z powodu niedokładnego wykonania polecenia, w pierwszych 2 dniach, nie widział Ferraud skutku, dopiero gdy ścisłego podawania leku przypilnował, zauważył uderzające polepszenie, noce bowiem były spokojne, a napady, których bywało 4 do 5, ustały zupełnie. Tylko z rana jeszcze jawil się napad, atoli ten także po kilku dniach ustąpił. W przeciągu 25 dni i po 10ciudniowem używaniu chloralu, ozdrowiało 10cioletnie dziecko zupełnie, 4letnie zaś, które podległo najgwałtowniejszemu ksztuśćcowi, potrzebowało 42 dni, a z tych 14 dni przypadło na kurację chloralem. Trzecie dziecko wyleczonem zostało po 10dniowem

przyjmowaniu chloralu. Opierając się na rezultatach lekarza angielskiego Dra Ritgen'a, wysnuwa wniosek, że chloral nie działa w ksztuśćcu jako chloroform (ulegając zamianie tej we krwi), gdyż autor zadawał bezskutecznie w tych przypadkach chloroform. Wszelako nie może zdanie autora obalić twierdzenia chemików biegłych, gdyż próba Dr. Ferraud z rozczynem chloroformu (który łatwo rozkładowi ulega) nie może za umiejętny dowód posłużyć.

W leczeniu krztuśćca benzyną podaje Dr. Bottari następujące prawidła:

1. Gaz, wywiązujący się przy oczyszczaniu gazu świetlnego, jest dobrym środkiem przeciw krztuśćcowi bez powikłań.
2. Skutek ten zapewne pochodzi od benzyny, powstającej podczas destylacji węgla kamiennego.
3. Benzynę szczerą można użyć w dawce 10—20 kropli w zawiesinie lub w ulepku, lub także dawać wziewania w postaci gazu.
4. W pierwszym okresie krztuśćcu użyta, bywa bezskuteczną.

Stierlin używa w zapaleniu płuc zrazikowem (Bronchopneumonia) z najlepszym skutkiem **Węglanu amonowego** lub **Liquoris ammonii pyrooleosi;** pierwszego 20 gran na 2 uncje rozczynu, drugiego $1/2$ drachm, po łyżeczce co godzina. U mniejszych dzieci używa od początku, u starszych nad ośm miesięcy, poprzedza to leczenie emetykiem. Oprócz tego stosuje przyparki (cataplasmata) Dr. Fleischmann zaleca **Liquor ammonii carbonici** do wdychań **w otoku oskrzelonym** z cuchnącemi plwocinami, jakoteż w krztuśćcu, przy obfitych rzężeniach. Używa się 1—2 łyżeczek ammon. carb. solutum w 3 kwaterkach wody ciepłej. Wziewania odbywały się 2 razy dziennie, przez 10—15 minut. Widział on także rzadkie skutki po bromku potasowym, we wszystkich cierpieniach połączonych z zadrażnieniem mózgo-rdzeniowem, i tak w vertigo epileptica (5cioletn. chłopiec) polepszenie po jednym miesiącu, w pląsawicy u 7letniej dziewczyny w 3 tygodnie. Dawka $1/2$ postępując do 2 drachm dziennie.

Küchenmeister w Drezdnie dowiódł, że skuteczność zachwalona przez Weber'a **kwasu mlecznego** jako **rozczynnika wypocin błonicowych**, nie potwierdza się, nadto, rozrania on błonę szluzową warg i ust. Za najlepszy rozczynnik uważa Aq. calcis, potem, Liquor natr. caustici. Formuła jego jest: Rp. Aq. dest. 4.0, Aq. calcis 0·25. Solut. natr. caust. in aqua gutt. 2.

O leczeniu błonicy (diphtheritis) kubebami, donosi Dr. Varlin, na podstawie doświadczeń Bergeron'a, co następuje: W 42 przypadkach, gdzie atoli nie rozróżniono dokładnie stanu choroby, znajdowało się 8 przypadków błonicy, a 34 dławca, podawano kubebę w dawce 20 gram z cukrem. Siedm przypadków wyleczono. Z 34 przyp. dławca, 13 ozdrowiało (nie bardzo zachęcająca liczba, z tych tylko 3 bez operacji, a 10 po przecięciu tchawicy (tracheotomia.)

Korrespondencje „Służby zdrowia.“

Paryż 8. grudnia 1871 r.

Śmierć Pawła Dubois i Longet'a. — Nowości naukowe. — Prace przedstawione akademji lekarskiej i akademji umiejętności. Francuzcy uczeni zaczynają się liczyć z Niemcami. Nagroda przyznana Drowi Swiątkowskiemu (de Bellina.) Reorganizacje zamierzone oświaty i armji. — Uniwersytet w Strasburgu i uniwersytet w Nancy.

W chwili, kiedy to piszę, Francja, a z nią i nauka nasza, dotkliwą poniosły stratę. Tydzień dopiero upływa, od czasu złożenia do grobu zwłok Dra Pawła Dubois, honorowego dziekana wydziału lekarskiego paryzkiego, słynnego profesora kliniki położniczej, a już żałobne dzwony głoszą nam pogrzeb Dr. Longet'a, równie głośnego nauką i stanowiskiem w uniwersytecie i akademji.

Nie mogąc zajmować miejsca w mej korespondencji samemi nekrologami, na dziś wspomnę tylko o pierwszym. Ś. p. Dubois, był, przez lat trzydzieści, jednym z filarów wydziału lekarskiego paryzk.; od lat blizko dwunastu, jego zdolności umysłowe jednak mroczyć się zaczęły, coraz bardziej ociężał, i od lat kilku prawie wegetował.

Zdrowie jednak fizyczne, nie szwankowało tak dalece, i, na kilka dni przed śmiercią, odbywał długą przechadzkę, podczas której się zaziębił, i z powodu obustronnego zapalenia płuc, d. 29. listopada życie zakończył.

Urodził się w r. 1795, dnia 7. września, i, po przejściu przygotowawczych nauk, wstąpił na medycynę. Sława i nauka ojca, Antoniego Dubois, dyrektora kliniki położniczej paryzkiej, ułatwiała mu karjerę. W 1820 roku, mianował ś. p. Pawła, chirurgiem pomocnikiem (chirurgien adjoint), tam rozpoczęły się jego studja w położnictwie.

Zakład położniczy (la Maternité) był jedynym zakładem w Paryżu, w którym się wtedy można było wykształcić w tej gałęzi nauki lekarsklej. Około 4000 porodów odbywało się w nim rocznie, pani Lachapelle żyła wtedy, wspomnienia Beaudelouque'a jeszcze nie wygasły. W 1825 roku, ojciec zdał na niego dyrektorjat kliniki, i zrobił go naczelnym chirurgiem zakładu. Okoliczności też składaly się dlań pomyślnie. W 1823 roku, zaprowadzono konkursa naukowe na profesorów, Dubois, wytrzymal konkurs z odznaczeniem i mianowany został profesorem nadzwyczajnym (professeur agrégé). Wykładał jednak czas długi tylko w oddziale przeznaczonym dla nauki akuszerek.

Przy reorganizacji wydziału lekarskiego (1823), kliuikę powierzono Drowi Deneux, ale tenże, z powodu różnych przeszkód, nie rozpoczął nawet wykładów, i w 1830 r. ustąpił. W 1834 r. ogłoszono konkurs na profesora zwyczajnego, — miejsce to otrzymał Dubois, i w pierwszych dniach grudnia t. r. klinikę otworzył. Odtąd

zaczyna się rzeczywista jego karjera, jako uczonego i lekarza praktycznego. Obowiązki profesora świętnie sprawował, przez lat 25. Uczniowie znaleźli w nim mistrza, niektórzy nawet opiekuna, współtowarzysze, — zacnego i miłego w obejściu kolegę.

Dubois pracował nad dziełem znacznej objętości, które miało zachować dla nauki, owoc jego długoletniego doświadczenia; wszelako, liczne jego zajęcia, nie pozwoliły mu go dokończyć. Zostawił jednak znaczną ilość pamiętników i artykułów naukowych, pomieszczanych w dziennikach lekarskich francuskich i zagranicznych.

Piękna mowa, którą wygłosił jeden z jego uczniów, przypomniała młodszemu pokoleniu zasługi męża, i odkryła nie jedną piękną stronę charakteru nieboszczyka.

Życiorys Longet'a nadeślę wam w następnej korespondencji. Przejdźmy do nowości naukowych:

Dr. Demarquay zaciekawił bardzo członków akademji lekarskiej, odczytaniem rozprawy, o wstrzykiwaniu ropy i istot barwiących w szpik kostny. Doświadczenia te, rzucić mogą pewne światło na kwestję ropnicy (pyaemia-l'infection purulente.) Demarquay przekonany, że zapaleniu szpiku kostnego należy przypisać ważną rolą w ustanowieniu teorji ropnicy i posocznicy, mniemał, że pożytecznem będzie zbadać, za pomocą doświadczenia własności szpiku kostnego co do wsysywania ropy i posoki.

Najważniejsze wyniki doświadczeń Dr. Demarquay, są następujące: ropa lub posoka wstrzyknięta do kanału szpikowego królika, sprowadza różne objawy zakażenia posocznicowatego (septicaemia); i tak, powoduje mocne przekrwienie kiszek, płuc, wątroby, z podniesieniem ciepłoty do 42^0 C. i śmierć; w innych razach, widywał po niem zgorzel (gangrena) płuc, ropnie przerzutowe w wątrobie, zakrzep (trombus) żyły bramnej (v. portae), i jej rozgałęzień, z zakrzepami i ropniami; jednem słowem, zmiany chorobne, jakie spostrzegano po zastrzyknięciu płynów posokowatych do żyły szyjowej lub udowej.

Ta pierwsza część memorjału Dr. Demarquay, nie obudziła żadnej dyskusji, jest zresztą zgodną z faktami klinicznemi, doświadczeniami, i z tem, co już inni autorowie, tak Francuzi jak Niemcy, Anglicy i innych narodowości uczeni, opisali i sprawdzili; zresztą mówca popierał swój odczyt preparatami.

Dr. Vulpian zwrócił tylko uwagę, że fakta te nie podają nic tak nowego, albowiem wiadomem jest, że zapalenie szpiku kostnego, ważną odgrywa rolę w powstawaniu posocznicy; tylko, że wywołanie tego zapalenia jest trudnem u psów, przez zwyczajne drażnienie, lecz można je sprowadzić dopiero, w skutek drażnienia szpiku przez odrobiny papieru metalowego, wprowadzonego doń bezpośrednio.

Następnie Dr. Demarquay wykazał wybitnie, z jaką łatwością płyny przechodzą przez tkankę szpiku kostnego; woda, ropa, materje barwiące, delikatne pyły zawieszone w wodzie, przechodzą natychmiast w obieg krwi, tak, jakby były wstrzyknięte do szerokiej żyły.

Fakta te były już obserwowane przez Christot'a i Ollier'a, a nawet dość już dawno, spostrzegał je Richet. Colin podaje fakt, który popiera doświadczenia Demarquay; na trupie, najlżejszy ucisk wystarcza, aby płyn zastrzyknięty, przeszedł przez tkaninę szpiku kostnego. Wszelako, nie podnoszono tych faktów i nie przypisywano im dostatecznej wartości.

Ale tłomaczenie tego faktu przez autora, jest nieco za śmiałe. Przynajmniej w obecnym stanie nauki, o roli szpiku kostnego i o jego układzie naczyniowym, nie można przyjąć go za zupełnie zadawalniające. Według Demarquay, łatwość przenikania płynów do żył, ze szpiku kostnego, dowodzi bezpośredniéj komunikacji jego z żyłami. — Takie tłomaczenie wywołało burzę w łonie akademji; Vulpian, Chauffard, Ruhet, Colin i Giraldes, zaprotestowali w imieniu anatomji, tak, że Demarquay nie mógł dowieść swego twierdzenia i chyba zmuszonym będzie poprzeć je dokładniejszemi doświadczeniami. Rozprawy te, tak ożywione, dowodzą, że rola szpiku kostnego, nie jest jeszcze dobrze poznaną, i należy oczekiwać licznych jeszcze badań w tej mierze. W ostatnich wszeláko czasach, wiele już zrobiono w tym przedmiocie, znacie te prace niezawodnie nie potrzebuję ich wam powtarzać, wymagają jednak dalszych badań. Czy Francuzi dokonają takowych? Zobaczymy! [1])

[1]) O roli szpiku kostnego w stanie fizjologicznym i patologicznym, zjawiło się kilka prac w ostatnich trzech latach w języku niemieckim, dwie w języku włoskim, i dwie w języku polskim. Prac tych dokonali prof. Neumann (z Królewca) [1]), Bizzozero [2]), prof. Hoyer (z Warszawy) [3]) i p. Feigel (z Krakowa.) [4])

Jakkolwiek prace te nie wyczerpują zupełnie jeszcze przedmiotu, rzucają jednak światło na sprawę w mowie będącą.

Szpik kostny jest dwojaki: żółty, który spotykamy w kościach długich, i czerwony, w kościach szerokich, mianowicie w istocie gębczastej, między blaszkami się znajdujący. Szpik ten zawiera ciałka identyczne z białemi ciałkami krwi, komórkami szpikowemi zwane. Komórki te są licznie rozsiane w szpiku różowym, mniej wyraźne są w szpiku żółtym, gdzie znowu kulki tłuszczu przeważają.

Neumann odkrył pierwszy wielką ilość białych ciałek krwi w naczyniach krwionośnych szpiku żółtego, a jednocześnie spostrzegł ciałka podobne do ciałek czerwonych, różnią e się tylko tem od nich, że zawierają jądro,

Bizzozero potwierdził spostrzeżenia Neuman'a, dowiódł, że owe komórki są to ciałka czerwone krwi, w stanie zarodkowym (embrjonalnym), i zwrócił uwagę na ważność roli szpiku kostnego w wytwarzaniu się elementów krwi.

Neumann w późniejszej swej pracy, przekonał się, że odkryte przezeń komórki w szpiku, są przechodniemi formami między komórkami szpikowemi a prawdziwemi, czerwonemi ciałkami krwi.

[1]) Centralblatt für med. Wiss. Nr. 44. z 1869 r. i Nr. 19. z 1869 roku, oraz Berl. klin. Wochenft. 1869. Nr. 45, nareszcie Archiv für Heilkunde 1869.

[2]) Gazetta nedicca Italiana-Lombardia 1868 Nr. 46, oraz 1869 Nr. 2.

[3]) Ceitralblats für med. Wis. 1869 Nr. 16. i 17. oraz Gazeta Lekarska. T. VII. N. 12 r. 1869.

[4]) Przegląd lekarski. Nr. 32 1871.

Na posiedzeniach akademji lekarskiej, zakomunikowano, w ostatnich czasach, kilka bardzo ważnych i ciekawych prac, i tak: Dr. Daremberg (profesor historji medycyny w wydziale lekarskim i autor znanego dzieła historji medycyny) przedstawił akademji dzieło Dr. Corradi (z Pawji) p. t. Historja ckirurgji we Włoszech, od 18. wieku aż do dni naszych.“ Profesor Tardieu ofiarował swoje nowe dzieło p, t.; Studjum sądowo-lekarskie, nad ranami sprawionemi przez nieostrożność, zabójstwo i uderzenia mimowolne. Prof. Robin ofiarował dzieło p. t. Traktat o mikroskopie. Wiadomo wam zapewne, że prof. R. uważa się za pierwszego mikrografa w świecie, a chociaż tak nie jest w istocie, niepodobna mu odmówić sumiennej pracy i zasługi na polu mikrografji francuzkiej. Dzieło to rozpoczyna pracami, jakie przedsiębrał w tym przedmiocie, przed 22 laty uwzględnił jednak wszystko, co później nauka zrobiła. Składa się ono z trzech części: 1) mówi o sposobach wykonywania nastrzykiwań naczyń, 2) opisuje mikroskop, skład jego, własności i użycie, 3) zawiera studjum nad zastosowaniem mikroskopu do medycyny i nauk przyrodniczych w ogólności. Dr. Gałęzowski przedsławił pracę o nowym, pomyślanym przez siebie, sposobie operowania zaciemka (cataracta), sposób ten nazywa: extraction latérale sclérotico-cornéenne. Dr. Delpech: O gnilcu (scorbutus) pod-

---

Dalej Neuman się przekonał, że naczynia włosowate w szpiku, są bardzo szerokie, że mają gdzie niegdzie ślepe wypustki, nakoniec, że posiadają w normalnym stanie właściwe ściany. Naczynia te powstają z tętnic włosowatych, które dochodząc do szpiku, zwężają się bardzo, i dopiero w istocie samego szpiku rozszerzając się, tworzą sieć bardzo obfitą, i łączą się z szerokiemi żyłami, wyprowadzającemi krew na zewnątrz.

Następnie przekonał się (traktując szpik kwasem solnym), że naczynia te, mioszczą w sobie liczne komórki, owej przechodowej formy, i że przemiana ich na prawdziwe ciałka krwi, odbywa się w samych naczyniach szpiku, w których krążenie jest bardzo zwolnione, z powodu, stosunkowo znacznej szerokości.

Prof. Hoyer, nie znając jeszcze pracy Neumann'a z r. 1869 (Archiv f. Heilkunde), robił doświadczenia w pracowni fizjologicznej szkoły głównej warszawskiej, z Drami Mayzel'em i Rode, i przekonał się, że zastrzyknąwszy do żyły królika żyjącego barwnik nierozpuszczalny (cynober lub anilinę), w kilkanaście dni po injekcji, znaleźć go można nagromadzonym, nietylko w wątrobie i śledzionie, ale i w szpiku kostnym, i w tym ostatnim, nie tylko ciałka bezbarwne, znajdujące się w jego naczyniach, ale i same ciałka szpiku kostnego były cynobrem zabarwione. Po odkryciu tego zjawiska, prof. H. zadał sobie pytanie, w jaki sposób barwnik ten dostał się do komórek szpikowych? Otóż wstrzykując barwnik do tętnic i w samą istotę szpiku kostnego, (przez wywiercony delikatny otwór w kości), przekonał się, że szpik posiada układ naczyń szczególnego rodzaju, że krew z tętnic, przeszedłszy przez układ naczyń włosowatych, nie wlewa się do żył, ale w szerokie kanały, wśród miąszu szpiku rozsiane, które nie posiadają ścian właściwych. Szpik zatem kostny posiada budowę podobną do budowy śledziony, zatem, łatwo sobie wytłomaczyć, dla czego w nim napotykamy licznie

czas oblężenia Paryża. Dr. Wecker i Jaeger (znani okuliści) O chorobach dna oka; — z atlasem. Dr. Lagneau czytał na jednem z posiedzeń: Uwagi lekarskie i antropologiczne nad organizacją armji francuzkiej. Do tego przedmiotu zmuszony będę powrócić jeszcze niejednokrotnie. Wybrano z łona akademji kilka komisji, dla ocenienia prac przedstawianych do nagrody. Do nagrody imienia **Civrieux:** Behier, Chaufard, Gubler, Tardieu i Briquet, — do nagrody imienia **Barbier'a** [1]) Bouillaud, Blache, Huguier, Chassaignac i Herard, imienia **Amusat'a** obrani: J. Cloquet, Ricord, Larrey, Gosselin i Gueneau de Mussy, do nagrody imienia **Godard'a**: Ségalas, Bouvier, Joly, Broca i Sappey. Zatem wszystkie gałęzie nauki, jak chce konkurs, mają swych przedstawicieli. Akonit i akonityna stoją dziś na porządku dziennym, nietylko w Niemczech, ale i we Francji robią doświadczenia nad jego działaniem. Prof. Cl. Bernard, przedstawił w akademji umiejętności pracę p. Duquesnel o akonitynie krystalicznej (pod względem chemicznym), i drugą pracę pp. Grehaut i Duquesnel: o działaniu fizjologicznem tego alkoloidu. Z innych prac, godniejszych wspomnienia, jest praca Dr. T. Roussel: O pijaństwie publicznem (De l'ivresse publique), w pracy tej autor żąda wdania się w tę sprawę prawa i proponuje zrobienie odpowiednich wniosków do ciała prawodaw-

---

nagromadzone, przejściowe formy z ciałek białych w ciałka czerwone. Dalej prof. Hoyer dowiódł, że tętnice szpiku pochodzą z tętnic odżywczych kości, że pnie ich przebiegają w środku istoty szpikowej; od okostnej zaś odchodzi, przez kanaliki Havers'a, znaczna ilość innych drobnych naczyń.

Naczynia odżywcze, rozgałęziając się dichotomicznie, tworzą liczne, cienkie tętniczki, nie komunikujące pomiędzy sobą. i kończące się bardzo cienkiemi naczyńkami włoskowatemi. Włoskowate te naczynia, rozszerzając się nagle, przy obwodowym końcu, wylewają się do wyżej wspomnianej sieci szerokich kanalów, stanowiących istotnie początki żył kostnych. P. Feigel niezupełnie się zgadza z prof. Hoyer'em.

Z tego widzimy, że tłomaczenie Dr. Demarquay, ma za sobą dosyć prawdopodobieństwa i odparłby zarzuty swych przeciwników, gdyby znał prace niemieckie lub polskie.

Z tego wszystkiego widzimy jeszcze, że i w stanie patologicznym, należy brać pod uwagę te wszystkie stosunki, i szpik uważać za organ podobny do śledziony. W istocie tak jest, bo ciekawe ze wszech miar prace Neumann'a i Bizzozero'a dowodzą, że w szpiku odbywa się nie tylko przemiana białych ciałek krwi na czerwone, ale i ich przemiany wsteczne (rozpad). Neumann widział te zmiany przy tyfusie, utrzymuje przytem, że sprawy chorobne w szpiku się odbywające, mają nie mały udział w rozwoju białaczki (leukaemia.) (Przyp. Red.)

---

[1]) Corocznie rozdzielane bywają dwie nagrody tego imienia: jedną rozporządza akademja, drugą wydział lekarski, ostatnia dzieli się na dwie, jedna wynosi 1500 fr., druga 500 Z przyjemnością donoszę wam, że na rok 1869 – 70, przyznaną została naszemu ziomkowi, Swiątkowskiemu (de Bellina), za wynalezienie nowego przyrządu do przelewania krwi.

czego. Jeźli zechcecie. mogę wam obszerniejsze sprawozdanie o niej nadesłać. Podobną rozprawkę, mniejszych jednak rozmiarów i treści, czytał w akademji lekarskiej Dr. Bergeron; tytul jej mniej więcej taki: Ostrzeżenie o niebezpieczeństwie, jakie sprowadza nadużycie napojów wyskokowych.

Oto są ważniejsze prace i czynności akademji lekarskiej i akademji umiejętności, o ile w tej ostatniej traktowano przedmioty, mające styczność z medycyną.

Oprócz wymienionych przedmiotów, toczyły się w akademji lek. dłuższe rozprawy, nad ropnicą, ospą i cholerą, nie przytaczam ich tu jednak, gdyż mniemam, że redakcja zatrzyma sprawozdawcę z posiedzeń towarzystw naukowych francuskich, który w Klinice tak dobrze wywiązywał się ze swego zadania. Przechodzę do innych kwestji, zajmujących świat lekarski dość żywo. Kwestje te obudziły nieszczęścia dopiero co prawie ukończonej wojny. Francja, znalazlszy się na raz zwyciężoną, zaczyna powoli się budzić, przyglądać się swym nieprzyjaciołom, których lekceważyła, lub dosyć nie znała, i stara się poznać dokładniej prace niemieckie, przeprowadzić organizację u siebie, a obok tego, liczyć się zaczyna z okolicznościami, i chce uratować to, co po przyłączeniu Alzacji, pod względem naukowym, utraciła w Strasburgu. Do tych to prac odnieść wypada zmianę w kształceniu naukowem, nietylko w elementarnej, ale i uniwersyteckiej edukacji; do tych odnieść trzeba reorganizację armji, nakoniec projekt założenia uniwersytetu w Nancy, któryby zastąpił uniwersytet strasburgski.

Wszystkie te zmiany dotykają świat lekarski i mocno nas interesują, przejdę więc, w następnych listach, jedne po drugich, dziś, na zakończenie doniosę wam tylko, że Towarzystwo lekarskie 6. okręgu paryzkiego, ogłosiło naprodę 400 fr. za najlepsze studjum porównawcze, nad własnościami fizjologicznemi i leczniczemi, wód mineralnych francuzkich z niemieckiemi, podobnych do siebie pod względem składu chemicznego. Prace te mają być nadesłane najdalej 31. grudnia 1872 r. do Dra Bonnefin (13. Rue Saint-Péres) do Paryża. Tu zaliczę prace, które się pojawiły w ostatnich czasach, nad organizacją armji pod względem lekarskim, wreszcie, żądanie zaprowadzenia nauczania wolnego (ensegnement libre) w uniwersytetach i projekt założenia uniwersytetu w Nancy.

Bliższe szczegóły tego projektu są następujące:

Objawiły się głosy, żądające utworzenia uniwersytetu w Nancy, z wydziałami: prawnym, lekarskim i filozoficzno-literackim (sciences et lettres). Wydział lekarski strasburgski zostałby przeniesiony do Nancy, a minister oświecenia otrzymałby rozkaz, przygotować wszystko co będzie potrzebnem dla pomieszczenia go w tem mieście.

Cel tego projektu jest widoczny — Nancy ma być ogniskiem, z którego by się rozpromieniała na kraj oświata, mająca za podstawę wykształcenie narodowe francuzkie, lecz zasilana wpływem niemieckim. I nie będziecie się dziwić, że projektowi temu przyklaśnięto zewsząd, bo w dzisiejszych czasach Nancy, miałoby ważniejsze zadanie i wpływ na oświatę widoczniejszy, niż go posiadał Strasburg przed wojną.

Przeciwko projektowi powstały głosy, z pozoru słuszne, w gruncie rzeczy jednak dowodzące tylko, że francuzi nie wiedzą, co

się po za granicami ich kraju dzieje. Powiadają, że Nancy nie stosownem jest miejscem na wydział lekarski, bo miasto liczy zaledwie 50.000 ludności, zatem nie będzie w stanie dostarczyć odpowiedniego materjału naukowego, dla wyrobienia lekarzy i profesorów. Patrzcie na Montpelier wołają, miasto liczy ludności stałej 50.000, z niestałą zaś do 8C.000 dochodzi, a czyż uniwersytet tam kwitnie? nie widzicie, że znakomici profesorowie tego uniwersytetu przybyli z innych miast Francji, gdzie się wyrobić mogli, przy obfitszym materjale! Zresztą, przypuśćmy nową wojnę z Niemcami, nową przegranę, nowe zalanie kraju i oblężenie Paryża, w cóż się obróci uniwersytet, jego zbiory, bibljoteki itd.? cóż będzie, gdy wpadnie to wszystko w ręce cudzoziemskie? Dla tego, lepiej jest na uniwersytet wybrać Lyon. To wszystko prawda, ale ci panowie co oponują, zapominają o wielu rzeczach: 1) na przypadek nieszczęśliwej wojny, tak Lyon jak i Nancy mogą się dostać obcemu, 2) Lyon, nie będzie miał tego znaczenia co Nancy, bo wpływ Niemców, tak potrzebny dla przeobrażenia wykształcenia lekarzy francuzkich, zredukowałby się do minimum, albo byłby żadnym, 3) że nie wielość materjału, ale sposób kształcenia wyrabiają ludzi. Gdyby w mniejszych miastach dobre uniwersyteta były niemożliwe, nie byłoby dzisiejszej nauki niemieckiej, bo ludzie, którzy taką jej chwałę zapewnili, wyrobili się nie tylko w Wiedniu, ani w Berlinie samym, ale w Hejdelbergu, Würzburgu, Pradze, Jena itd. A zkądże się wzięli nasi dzielni lekarze, czyż wszyscy kształcili się w pierwszorzędnych stolicach europejskich, czy sława szkoły wileńskiej nie zapisała się niezatartemi głoskami w historji naszej medycyny, czyż Kraków nie wykształca zdolnych ludzi, którzy w niczem nie ustąpią lekarzom francuzkim, a nawet pod wieloma względami przewyższają takowych! Tak, Francuzi nigdy nie staną się europejczykami, oni zawsze pozostaną sobą i po za Francją i po za Paryżem, będzie dla nich zawsze kraniec świata!

Przegląd czynności Towarzystw lekarskich.

C. k. Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.

Sprawozdawca Dr. Merczyński.

Lekarz pomoc. szpitala powszech. we Lwowie.

Na posiedzeniu z 1go grudnia r. b. Dr. Moriz Kohn podaje wiadomości o „Lupus erythematosus“, na podstawie doświadczeń zebranych na oddziale Prof. Hebry.

Od niedawna dopiero znamy nieco dokładniej tę formę chorobową. Przed rokiem 1845 bowiem, uważano jeszcze powyższą osutkę (wyrzut), jako zwykłą „Seborrhoea congestiva“, która się mieści w gruczołach łojowych. Dopiero Cazenave podał nam dokładniejsze

wiadomości o tej chorobie skóry. Prof. Hebrze zaś zawdzięczamy, ściślejsze oznaczenie przypadów cechujących ją, jakoteż ułatwienie rozpoznawania tejże. Pomimo to jednak, dotychczas zwracano uwagę przeważnie na miejscowe objawy tej osutki. Kliniczne doświadczenia natomiast, poczynione w ostatnich latach, pouczają: że „Lupus erythematosus" niezbyt rzadko, w związku zostaje z przypadami ogólnemi, niekiedy nawet życiu zagrażającemi.

Co do rozpoznawania tej choroby, zwraca mówca uwagę: że należy rozróżnić dwie postacie, pod któremi ona występuje. Jedną jest postać kolista, i tę nazywamy „Lupus erythemathosus orbicularis."

Przedstawia ona koła w środku zaklęśnięte, czyli zagłębienie bliznowate, podczas gdy obwód t. j. brzeg, wystaje nad powierzchnię, w kształcie wału, przytem gruczoły łojowe okazują się rozszerzone i massą rozpadową napełnione. W tej formie występuje choroba najczęściej na twarzy; chociaż znane są przykłady w najnowszych czasach, gdzie tę formę na palcach nóg i rąk, jakoteż i na tułowiu napotykano.

Drugą formą tej choroby jest (lupus erythematosus aggregatus), to jest taka, gdzie wyrzuty (eruption), jedne za drugiemi na powierzchni się rozszerzają, tym sposobem, że do tych, które pierwotnie powstały w środku, dołączają się inne na obwodzie.

Najważniejsza różnica obu tych form polega na tem, że pierwsza ma przebieg długotrwały, i rzadko tylko nagabuje ogólny stan zdrowia. Mamy przeto do czynienia z przypadami czysto miejscowemi, gdzie osutka rozwija się, wywołując uczucie pieczenia i swędzenia.

Druga forma, w jakiej powyższa choroba występuje, mianowicie „Lupus aggregatus" przebiega także dość często chronicznie, niemniej często jednakże zauważamy wystąpienie jej ostre, lub zaostrzenie (subacut) wśród przebiegu, czemu zawsze towarzyszy gorączka i inne groźne przypady, a niekiedy może przybrać przebieg niepomyślny.

Kohn zauważał przeto, że rokowanie w ostatniej formie osutki, jest o wiele wątpliwszem. Niekiedy dają się dostrzedz, przy takiem ostrem wystąpieniu choroby, guzy wielkości bobu lub orzecha laskowego, bolesne, w głębszych warstach skóry umieszczone, te zanikają powoli i wreszcie przechodzą w plamy czerwone na powierzchni skóry, i w formie pierwotnej „lupus" się objawia.

W innych przypadkach, towarzyszą ostremu wystąpieniu choroby, bóle do gośćcowych podobne, w stawach, mianowicie w nadgarstkowym, łokciowym i kolanowym.

Zauważano także, iż w związku z takim wybuchem stoją silne bóle w kościach, osobliwie w goleni, ale niekiedy i w innych kościach długich, podobne do tych, jakie spostrzegamy w trzeciorzędnej kile.

Takie formy choroby mogą nas często w błąd wprowadzić jakobyśmy mieli z kiłą do czynienia. Na klinice prof. Hebry używano, w celu doświadczeń, w tej formie choroby, lekowania przeciw-

kiłowego, okazało się ono jednak zupełnie bezskutecznem. W innych przypadkach towarzyszyły wybuchowi choroby plamy i pęcherze krwiste. Najniebezpieczniejsze powikłanie jednak stanowi róża, która często, jako erisipelas faciei migrans, przybiera przebieg groźny, a niekiedy nawet niepomyślnem zejściem zakończony.

W innych znów przypadkach, występowała choroba w połączeniu z zapaleniem gruczołów. W jednym przypadku z zapaleniem gruczołu przyusznego i podszczękowego.

Niekiedy ostremu wystąpieniu choroby towarzyszą objawy durzycowe i śpiączka (coma). W innych joszcze przypadkach stała choroba w mowie będąca, w ścisłym związku z blednicą i gruźlicą, tak, iż każde pogorszenie lub polepszenie w stanie tych cierpień ogólnych, wywierało widoczny wpływ na stan osutki.

Z tego można wyprowadzić wnioski: Że „lupus erythem. aggregatus“ jest o wiele niebezpieczniejszem cierpieniem, niźli „L. orbicular“, że pierwszy często przebiega chronicznie, jednakże niemniej często towarzyszą mu ostre nasilenia, a wreszcie, że jedna forma może przejść w drugą. Lupus napotykamy częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Z 22 przypadków w najnowszych czasach dostrzeganych, przypada 15 na kobiety a 7 na mężczyzn. 6 przypadków zakończyło się śmiercią; z tych umarło 3 na gruźlicę, 2 na zapalenie opłucnej wysiękowe, 1 na zapalenie ostre opon mózgowych.

Co się tyczy leczenia, to pokazały się najskuteczniejszemi: szare mydło, ol. cadini i szarucha.

Wreszcie Dr. Kohn przedstawił dwa przypadki tej choroby i okazał ryciny.

Prof. Dr. Moriz Rozenthal mówił o porażeniu rdzeniowem (Spinale Kinderlähmung) u dzieci, przyczem poddał krytyce badania anatomiczne i histologiczne w tym przedmiocie przez innych autorów poczynione, i udzielił wyniku swych spostrzeżeń.

Dalej zwrócił uwagę, że oddziaływanie mięśni na bodźce elektryczne, nie zawsze może posłużyć za miarę rokowania w tem cierpieniu.

Nakoniec podaje praktyczny sposób: jak można choćby najbardziej zgęszczone rozczyny, najdzielniej działających alkaloidów, utrzymać przez czas dłuższy, na jednym i tym samym stopniu zgęszczania. Mianowicie poleca używać do tego celu, jako rozczynnika, ogrzanej glyceryny. Rozczyn zgęszczony morfiny, chininy, strychniny, kurary i t. d. tym sposobem przyrządzony, nie zmienia się przez bardzo długi czas.

Drobniejsze wiadomości lekarskie.

Dr. Zuelner w jednym przypadku tyfusu zastosował środki podniecające podskórnie, z pomyślnym skutkiem. W szpitalu chorób nagminnych (epidemicznych), w Château Petitbourg, obserwował autor przypadek tyfusu, przebiegającego z mocnem natężeniem, przy którym bicie serca było bardzo

osłabione, wystąpiła sinica (cyanosis), zziębnienie powierzchni ciała i ogólny sił upadek. Autor zastosował 30—40 kropli spiritus sulfurico-aetherei, i 15—20 kropli Liquoris ammonii-anisati, podskórnie, w obie kończyny, po $^{1}/_{4}$ ilości obydwóch połączonych z sobą płynów. Po kilku minutach już się puls rozwinął, stał się pełnym i rozwiniętym, uderzenia serca stały się liczniejsze i mocniejsze, sinica i upadek sił (collapsus) zniknęły. (Autor nie wspomina, czy po takiem wstrzyknieniu nie powstało miejscowe zapalenie; gdyby takowe wystąpiło, nie powinnoby wstrzymywać od zastosowania środka, w podobnie groźnych przypadkach, wszelako należałoby wiedzieć, czy oba płyny bezkarnie pod skórę mogą być wprowadzane.)

Berl. klin. Wchsfrt. 1871.

Dr. Barclay w Medical Times and Gazette z 1870 roku, ogłasza pracę, w której przechodzi środki używane **przeciw posikaniu nocnemu** (enuresis). Dzieli on licznie używane tu środki, na cztery główne grupy. Do pierwszej należą tak zwane środki konstytucjonalne. Tu należą środki, które mają za zadanie zmniejszyć oddziaływanie kwaśne lub alkaliczne moczu, dalej rozmaite krzepiące (atonica) jak: żelazo, strychnina, tran, obmywania zimne grzbietu i lędźwi itd. Do drugiej grupy zalicza autor leczenie „psychiczne“, które zresztą niewielkiem cieszy się powodzeniem. Grupę trzecią stanowią środki „mechaniczne“, a z tych najnowszy, zastosowany przez Corrigan'a, polega na zaciśnięciu napletka za pomocą collodium. Do grupy czwartej nareszcie, należą „specyfika“, z których wilcza jagoda (belladona) największą cieszy się wziętością. Autor proponuje nowy lek swoisty (specificum), jest nim: Syrupus ferri jodati, po zadaniu którego, najcudowniejsze widział skutki. Wpadł zaś na pomysł użycia jego szczególnym trafem. Przepisał pewnej 14letniej dziewczynie, zołzowatej (scrophulosis), cierpiącej impetigo, lek powyżej wymieniony Dziewczynka cierpiała również eneuresis, o czem lekarz nie wiedział. Widoczne powodzenie z zadania pomienionego środka, skłoniło autora do podania go jeszcze w 11 podobnych przypadkach, i we wszystkich otrzymał to samo powodzenie.

Dr. Braduby (The britich med. Jornal 1871). za przykładem Thomson'a, podawał przy tem samem cierpieniu wodnik chloralu. W wielu przypadkach oddawał on mu znaczne usługi. Z tego wyprowadza wniosek, że w wielu przypadkach niemożności powstrzymania moczu, natura choroby polega na kurczowem ściągnięciu się m. wypędzającego mocz (m. detrusor), przyczem zdziergacz (sphincter), nie może podołać zatrzymaniu moczu. Działanie przeto chloralu polega na zniesieniu owego kurczu m. wypędzającego mocz.

Sachse. Przypadek odmy skórnej przy błonicy (diphtheritis.) (Virch. Arch. B. LI. p. 148—150.)

U dziecka, złożonego wysokiego stopnia błonicą, wystąpiła nagle odma skóry na szyi, w dolnej okolicy twarzy, potem na przedniej okolicy klatki, aż do wyrostka mieczykowatego. Sekcja wykazała odmę tych okolic. Tk. komórkowata śródpiersia przedniego (mediastin-anter) przepełniona powietrzem. Płuca oba wielkie, blade, w szczytach mocno wydęte. W pojedynczych przegrodach między-

zrazowych, w wielkiej ilości pęcherze, okrągłe, wielkości siemienia do pestki wiśni, wypełnione powietrzem, ułożone paciorkowato, w kierunku korzenia płuc, gdzie takowe były największe. Tu łączą się one z odmą śródpiersia. W dołnych płatach nieco świeżego nacieku zapalnego. W tchawicy wypocina dławcowa. Na strunach i na nagłośni, obrzęk mocny, z głębokiemi wrzodami błonicowemi.

Odma poczęła się w tym przypadku od korzenia płuc, jak to się czasem przydarza, przy znacznych przeszkodach w oddychaniu.

Kronika bieżąca.

Najjaśniejszy Pan, uznając zasługi Towarzystwa Naukowego w Krakowie, zamienił je na **Akademję umiejętności**. Akademja zbliża się do ukonstytuowania. Wytrwałej pracy, Prezesa Towarzystwa Naukowego, prof. Majera, zawdzięcza ona swój początek, jego usiłowaniami również, projekt wciela się w żywą instytucję.

Projekt statutu akademji.

§. 1. C. k. Towarzystwo naukowe krakowskie, zmieniając swoje dotychczasowe urządzenie, według przepisów niniejszej ustawy, otrzymuje nazwisko: Akademji umiejętności w Krakowie.

§. 2. Akademja, jako instytucja publiczna, zostaje pod najwyższą opieką J. c. k. Mości, który w tym celu zamianuje zastępcę swego, jako protektora akademji.

I. Czynności.

§. 3. Przedmiotami badań akademji będą:

a) Filologja, lingwistyka głównie polska i słowiańska, historja piśmiennictwa powszechnego a w szczególności polskiego, archeologja i historja sztuki;

b) Umiejętności filozoficzne. polityczne. umiejętność prawa, historja;

c) Umiejętności matematyczne, przyrodnicze z geografją i lekarskie.

§. 4. Według głównych działów naukowych (§ 2.), akademja składa się z 3 Wydziałów:

a) Wydział filologiczny;

b) Wydział historyczno-filozoficzny;

c) Wydział matematyczno-przyrodniczy;

§. 5. Akademja załatwia czynności:

a) na posiedzeniach walnych;

b) na posiedzeniacch wydziałowych;

c) w komisjach.

§. 6. Posiedzeń walnych będzie 3 do roku: jedno publiczne, poświęcone sprawozdaniu z czynności i dopełnione rozprawą treści dostępniejszej, odbywać się będzie dnia 3. maja, jako w rocznicę założenia; dwa prywatne, których przedmiotem będą czynności administracyjne, mieć będą w regulaminie stale wskazane termina, z odstępem mniej więcej półrocznym.

§. 7. Posiedzenia wydziałowe, z wyjątkiem wyborów (§§. 17, 21, 22), będą tylko naukowe. Każdy Wydział odbędzie je raz w ciągu miesiąca.

Należeć do nich będą:

a) Rozprawy nad przedmiotami odpowiednich nauk wniesionemi bądź osobiście przez autora, bądź za pośrednictwem sekretarza;

b) Rozbiór przedmiotów, względem których zażądałby wyjaśnień rząd państwa, naczelna władza kraju, lub Wydzlał krajowy;

c) Obmyślanie zadań do nagrody, w miarę uzyskanego na ten cel funduszu, rozbiór zdań referentów i przyznawanie nagród.

§. 8. Uczestniczenie w posiedzeniach naukowych, jest obowiązkiem każdego miejscowego czynnego członka, odpowiedniego Wydziału.

Prawo obecności na tych posiedzeniach, służy każdemu innemu członkowi akademji. Mogą oni zabierać głos i przedstawiać własne odpowiednie prace; nie mają jednak udziału w uchwałach, jak np. w odpowiedziach na zapytanie rządu lub w przyznawaniu nagród.

Wreszcie, jako gość znajdować się może na posiedzeniach naukowych, ktokolwiek byłby tamże przedstawiony przez 3 członków jakiejbądź kategorji.

§. 9. Dla nadania silniejszego popędu niektórym zadaniom i kierunkom naukowym, z zakresu odpowiedniego przeznaczenia każdego Wydziału, mogą one ustanawiać osobne komisje pod nazwiskiem akademickich.

§. 10. Komisje składać się będą: a) z członków czynnych odpowiedniego Wydziału, b) z członków akademji nadzwyczajnych (§. 17.)

Liczba jednych i drugich zależeć będzie od dobrowolnego zobowiązania się każdego, do udziału w pracy w wybranej przez siebie komisji.

W razach wyjątkowych, na przedstawienie komisji, a za uznaniem Wydziału, mogą być do niej przybrane osoby, nie należące do akademji.

§. 11. Rodzaj publikacji akademji wskaże bliżej jej wewnętrzne urządzenie.

§. 12. Językiem urzędowym akademji jest język polski. W tym języku zamieszczane będą prace w publikacjach akademji.

Wyjątkowo, na przedstawienie odpowiedniego Wydziału, a za zgodą zarządu akademji, pojedyncze prace mogą być ogłaszane w języku innym.

II. Skład akademji.

§. 13. Akademja składa się z członków:

A) Zwyczajnych.

a) czynnych,

b) korespondentów.

B) Nadzwyczajnych.

§. 14. Z kategorji członków zwyczajnych:

Czynnymi mogą być znani z prac swoich uczeni: 1) krajowi (z król. Galicji i Lodomerji tudzież W. ks. krakowskiego), 2) pozakrajowi i zagraniczni.

Pierwszych będzie najmniej 24, najwięcej 42.

Na nich głównie polegają prace akademji, im też służy nawzajem prawo udziału w zarządzie, prawo do wszelkich wyborów, i głos stanowczy przy uchwałach.

Drugich liczba oznacza się od 18 do 20.

Z wyjątkiem udziału w zarządzie i prawa wybierania tegoż, stoją oni na równi z pierwszymi, o ile z prawa swego chcieliby korzystać osobiście.

Członek kategorji pierwszej, przeniosłszy się stale za granicę, przechodzi do kategorji zagranicznych. Nawzajem członek czynny zagraniczny, osiadłszy w kraju, i uzyskawszy jego obywatelstwo, wchodzi tem samem w komplet członków kategorji pierwszej, gdyby miejsce takie było opróżnione; w przeciwnym razie uczestniczy we wszystkich czynnościach jako nadkompletny.

§. 15. Członkiem korespondentem może być równie krajowiec jak i zagraniczny.

Kwalifikacja korespondentów jest taka sama jak i członków czynnych.

Liczba ich ogranicza się do 36.

Mają oni prawo otrzymywania publikacji akademji i znajdowania się na jej posiedzeniach naukowych.

§. 16. Liczba członków zwyczajnych każdej kategorji, rozdziela się równo między 3 Wydziały akademji.

§. 17. Członkami nadzwyczajnymi akademji, będą członkowie czynni teraźniejszego Towarzystwa naukowego, pozostali po dokonanym z grona tegoż wyborze członków czynnych, kategorji pierwszej (§. 13.)

Służy im prawo użytkowania ze zbiorów akademji, otrzymywania jej publikacji, obecności na posiedzeniach naukowych (§. 7.); obowiązkiem zaś będzie czynny udział w komisjach (§. 9.)

Ubytki w tej kategorji członków nie będą się uzupełniać.

§. 18. Kandydatów na członków wszelkich kategorji wybierają odpowiednie Wydziały.

Dzieje się to na przedstawienie piśmienne dwóch członków czynnych. O przedstawieniu tem, przewodniczący zawiadamia Wydział na najbliższem jego posiedzeniu; wybór wykonywa się na ostatniem posiedzeniu, przed publicznem posiedzeniem akademji.

Do wyboru potrzeba obecności przynajmniej 8 członków czynnych, odpowiedniego Wydziału i większości głosów tajnych przynajmniej $^3/_4$ obecnych.

Wyboru stanowczego dokonywa cała akademja, na polecenie odpowiedniego Wydziału. Przedstawienie kandydatów następuje na posiedzeniu publicznem, wybór na prywatnem, w ciągu roku drugiem. Do wyboru potrzeba przynajmniej 24 członków czynnych i większości $^2/_3$ głosów tajnych.

Do wyboru członka zagranicznego, jakiejbądź kategorji, potrzeba zezwolenia NPana.

Uwaga. Pierwszy wybór członków nastąpi według przepisu w art. dodatkowym (§. 31.)

III. Zarząd akademji.

§. 19. Do zarządu akademji należą:

a) prezes;
b) trzech dyrektorów wydziałowych;
c) sekretarz jeneralny.

§. 20. Wybór prezesa następuje na jednem z posiedzeń walnych, z grona wszystkich czynnych miejscowych członków akademji, większością głosów tajnych bezwzględną. Wybór ten ponawia się co 3 lata i ulega zatwierdzeniu NPana.

§ 21, Prezes reprezentuje akademję w obec rządu i osób trzecich; przewodniczy na jej posiedzeniach walnych i posiedzeniach Zarządu, czuwa nad porządkiem i przestrzeganiem ustawy we wszelkich czynnościach akademji.

§. 22. Dyrektorowie przewodniczą na posiedzeniach wydziałowych. Każdy Wydział wybiera dyrektora z grona swoich czlenków czynnych miejscowych, większością bezwzględną głosów tajnych.

Ponawianie wyboru odbywa się co dwa lata, na posiedzeniu wydziałowem, ostatniem przed publicznem posiedzeniem akademji.

Jeden z dyrektorów, według wyboru Zarządu i po zatwierdzeniu Najj. Pana, jest wiceprezesem akademji.

§. 23. Każdy Wydział wybiera dla siebie sekretarza, podobnie jak dyrektora.

Wybór jeneralnego sekretarza akademji, odbywa się podobnie jak prezesa (§. 20.)

Urzędowanie sekretarza jeneralnego trwa przez lat 7, innych wybór ponawia się co trzy lata.

§. 24. Komisje wybierają sobie przewodniczącego, większością bezwzględną, z pośród należących do nich czynnych członków akademji; sekretarza zaś z grona wszelkich swoich członków.

Wybór przewodniczących ponawia się co rok, sekretarzy co 2 lata.

§. 25. Akademja mieć będzie dodane bióro pomocnicze, zostające pod bezpośrednim zarządem sekretarza jeneralnego, a pod wyższym nadzorem prezesa akademji.

Składać się ono będzie:

a) z kasjera, kustosza zbiorów, na teraz zarazem bibljotekarza, wybieranych przez zarząd akademji na lat 3;

b) z potrzebnej liczby urzędników manipulacyjnych i sług.

U w a g a. W miarę przybytku zbiorów ustanowi się kustosz drugi lub osobny bibljotekarz.

IV. Własność i fundusze akademji.

§. 26. Majątek akademji składać się będzie:

a) Z dotychczasowego majątku Tow. nauk., w którego prawo własności wstępuje na zasadzie niniejszej ustawy (§. 1.);

b) Z uposażenia ze skarbu państwa albo z innych źródeł.

§. 27. Z uposażenia swego opędza;

a) płacę prezesa i sekretarza jeneralnego;

b) płacę urzędników (§. 25 a. b.);

c) dyjety dla członków czynnych zamiejscowych, w razie osobistego uczestniczenia w czynnościach, a to za uchwałą Zarządu na przedstawienie odpowiedniego Wydziału. Kwotę na djety uchwali coroocznie akademja;

d) potrzeby kancelaryjne, porządki domowe, oświetlenie i opał;

e) potrzeby wynikające z naukowych zadań akademji, a funduszem dotychczasowego Towarzystwa nie pokryte (§. 29.)

§. 28. Z użycia wszelkiego funduszu, zarząd akademji składa corocznie rachunek walnemu prywatnemu zgromadzeniu, a odpowiednie sprawozdania drukiem rozpowszechnia.

§. 29. Fundusze ofiarowane szczególnym komisjom, używać się będą wyłącznie na cele tychże komisji, jak w ogólności każdy z funduszów dotąd ofiarowanych Towarzystwu, zatrzyma swoje szczegółowe przeznaczenie.

§. 30. Gdyby w przyszłości akademja rozwiązaną być miała, lub wskazany tym statutem cel jej naukowy i charakter narodowy uledz miał zmianie, w takim razie majątek jej, o ile przejmuje go od dotychczasowego Towarzystwa naukowego, stanie się własnością gminy krakowskiej, która przy pomocy ówczesnych czynnych i żyjących jeszcze nadzwyczajnych członków akademji, zawiąże na nowo Towarzystwo naukowe polskie.

Sejm krajowy dopilnuje wykonania tego obowiązku.

W razie niemożności wykonania tego, pozostały fundusz użyje się na wsparcie uczniów, według uznania ówczesnych czynnych i nadzwyczajnych członków akademji; dom ze wszystkiemi zbiorami dotyczącemi sztuki i starożytności, stanie się własnością miasta, które urządzi tamże muzeum miejskie; inne wreszcie zbiory przejdą do uniwersytetu.

V. Przepisy dodatkowe i przechodnie.

§. 31. Wybór z dotychczasowego Tow. nauk. do akademji, a zatem zawiązanie się akademji, nastąpi tym sposobem:

Oddział nauk przyrodniczych wybierze z grona swego 4ch członków dla Wydziału matematyczno-przyrodniczego. Połączone oddziały nauk moralnych, tudzież sztuk i archeologji wybiorą ich 8, po 4ch dla Wydziałów pozostałych.

Obrani tym sposobem, gdy otrzymują potwierdzenie N.Pana, przedstawią mu następnie po 8 na każdy Wydział.

Połowa z tak przedstawionych N. Panu, dla każdego Wydziału zatwierdzona, łącznie z 12 pierwotnymi, zawiąże czynności akademji.

§. 32. Mianowanie pierwszego prezesa i sekretarza jeneralnego zastrzega sobie N. Pan. Urzędowanie tego pierwszego sekretarza trwać będzie jeden rok.

§. 33. Bliższy tok czynności określi regulamin, który, również szczegółowe instrukcje dla urzędników, na przedstawienie Zarządu, akademja uchwali, a minister oświecenia zatwierdzi.

§. 34. Po zatwierdzeniu niniejszego statutu, wszelki majątek dotychczasowego Towarzystwa naukowego, spisany będzie w 3 egzemplarzach, z których jeden złożony będzie w archiwum akademji, drugi przesłany władzy miejskiej Krakowa, trzeci Wydziałowi krajowemu.

§. 35. Zmiany w niniejszem urządzeniu akademji, mogą być uchwalone dopiero we 2 lata od czasu wprowadzenia go w wykonanie.

Do ich prawomocności potzzeba: a) większości glosów, wynoszącej przynajmniej $^2/_3$ czynnych, krajowych członków akademji; b) zatwierdzenia Najj. Pana.

Monopol naukowy. Dnia 22go Listopada, czasopisma lwowskie podały wyciąg z protokołów posiedzeń galicyjskiej Rady

zdrowia, z którego wyjmujemy dwa punkta, jako najbardziej ze wszystkich obchodzące stan lekarski. 1. Rada zdrowia objawiła zdanie o uzdolnieniu chirurga Jana Rogowskiego na lekarza sądowego, z wnioskiem, aby posady lekarzy sądowych chirurgom nadawano tylko w tych miejscach, gdzie nie mieszka doktór medycyny. 2. Nie przychyla się do wniosku Wydziału krajowego, aby wolno było: a) doktorom medycyny uniwersytetów francuskich i niemieckich, b) dyplomowanym lekarzom i doktorom medycyny Królestwa Polskiego i Cesarstwa Rossyjskiego, przystępować do egzaminów na wszechnicach austryjackich, bez poprzedniego odbycia dwuletnich kursów na tychże uniwersytetach, i by im wolno było rozpoczęte egzamina odbywać bez przerwy.

Nad drugim punktem mamy zamiar zastanowić się obszerniej, a zestawiamy go z pierwszym głównie dla tego, że to nam wykaże sprzeczność ostatniego wniosku z dobrem kraju, które powinno zmusić do milczenia wszelkie względy drobiazgowe i być jedynie podstawą dla ciał doradczych, do wydawania swej opiniji fachowej, na której władze polegają.

Całe to postanowienie, jak niemniej wniosek Wydziału krajowego, będą niezrozumiałemi dla naszych czytelników, po za granicami monarchiji austryjacko-węgierskiej, więc słów kilka dla wyjaśnienia dodać musimy.

Istnieje paragraf w instrukcji o egzaminach, obowiązującej w uniwersytetach austryjackich, który orzeka, iż każdy kto zechce przystąpić do egzaminu na stopień dra. medycyny, winien „się wykazać przynajmniej dwuletnim kursem na tymże uniwersytecie,“ co po polsku ma znaczyć, że winien udowodnić, że słuchał przez lat dwa przynajmniej nauk lekarskich, w tym uniwersytecie, w którym dyplom doktora uzyskać pragnie. Widzimy zatem, że tu nie ma mowy o lekarzach zagranicznych, odnosi się to do krajowców, jeden więc uniwersytet stawiał takie wymagania w obec drugiego. Niewątpliwie, zabawne to prawo, odnosi się jeszcze do czasów stowarzyszeń lekarskich, jakby cechów rzemieślniczych, które także starały się obwarowywać podobnemi zastrzeżeniami, jedne względem drugich; ale, mimo całej swej śmieszności, w obec nauki, utrzymały się i utrzymują nieustannie. Rzecz to ciekawa, nie ma bowiem żadnego paragrafu w całem ustawodawstwie uniwersyteckiem, ograniczającego w czemkolwiek młodzież uniwersytecką, tej wolno choćby życie całe nic nie robić, zamiast do audytorjów do knajpy uczęszczać, — nie godzi się bowiem krępować dorosłego człowieka, — niestety dopóty dopóki się uczy,—lecz gdy zdawać egzamin pragnie, pytają go, nie co umie? lecz przedewszystkiem gdzie się uczył? Oczywiście rozum profesorów uniwersytetu w Pradze, nie może być tak dobrym jak w Krakowie, Gracu lub Peszcie, a cóż dopiero w owym Wiedniu! gdzie wszystko najlepsze i najrozumniejsze. Nie dosyć na tem, — ponieważ przez całe pięć lat studjów, żadnych się nie zdaje egzaminów, trzeba więc złożyć od razu dwa — z nauk przyrodniczych, a raczej pomocniczych, i — z nauk lekarskich.

I znowu istnieje paragraf, że nie wolno nikomu dwóch tych egzaminów razem, t. j. jednego po drugim odbywać, lecz pomiędzy jednym a drugim egzaminem, musi upłynąć trzy miesiące. Tylko

całe gremium profesorów egzaminujących, może ten czas skrócić do połowy, t. j. do sześciu tygodni. Ten przepis tak ściśle jest przestrzeganym, iż zdarzały się przypadki, że wydział lekarski proponował ministrowi uwolnienie zupełne kandydata od egzaminów (gdy chodziło o doktora za granicą wykształconego), a gdy minister na to się nie zgodził i polecił mu zdawać egzamin, nie pozwolono mu odrazu odbyć obydwóch egzaminów.

Ponieważ w regulaminie nie ma wzmianki o lekarzach za granicą wykształconych, przepis powyższy zastosowano do nich w całej rozciągłości. Lekarz taki, obowiązany jest zatem dwa lata słuchać medycyny, w tej wszechnicy, w której się pragnie doktoryzować.

Niedługo wszakże uniwersyteta spostrzegły, że takie wymagania są niewłaściwe, że niepodobna podawać się w śmieszność, tworząc jakąś medycynę, austryjackiej narodowości; zatem starały się usunąć trudność, przedstawiając ministrowi oświecenia, każdego zglaszającego się doń lekarza z za granicy, do uwzględnienia. Minister pospolicie zgadzał się na wniosek uniwersytetu. Żądano tylko, aby kandydat przedstawił dyplom dra. medycyny otrzymany we Francji, Królestwie Polskiem lub Rossji, lub dyplom lekarza i egzamin doktorski, oraz, aby dowiódł, że pięć lat słuchał nauk lekarskich. Ten ostatni warunek często nawet był opuszczany, zależało to bowiem od tego, czy dziekan wydziału był mniejszym lub większym formalistą.

Nie można zaprzeczyć, że Niemcy austyjaccy są liberalni, że w Austrji wydają się ustawy odpowiednie stanowi cywilizacji europejskiej, lecz niestety, jest to jeden z tych krajów Europy, w których niechętnie rozstają się z dawnemi tradycjami.

Nie ma więc wątpliwości, że nareszcie i ten szczególny przepis, zniewalający do uczęszczania lat dwóch koniecznie w tym uniwersytecie, w którym kandydat pragnie się doktoryzować, zostanie zniesionym, i że nareszcie ministerjum oświecenia, lub same wydziały lekarskie, różnych uniwersytetów, wydadzą stosowny regulamin, według którego lekarze za granicą wykształceni, będą mogli nabywać dyplomy astryjackie. O ile nam wiadomo, już się w tej mierze zaczynają odzywać głosy na wszechnicy wiedeńskiej. Czy to jednak prędko nastąpi? trudno przewidzieć. Niektórzy utrzymują, że za trzy semestra. Wątpimy— albowiem, o ile nam się zdaje, zależnem to będzie od ogólnych regulaminów organizacyjnych, a wszystko co nowe, powiadamy, w Austrji na opór napotkać może. Powód tu dwojaki: brak dostatecznej wiadomości, nawet w Wiedniu, jakie są wymagania przy egzaminach lekarskich za granicą, i opór pojedynczych indywidualności, którym dobrze z monopolem. Boc cóż to za błoga pewność, że przepisy warują napływ lekarzy, że otoczeni murem chińskim, swobodnie mogą spoczywać na laurach, nie obawiając się emulacji!

Jakie powody skłoniły Radę zdrowia galicyjską do odmówienia słusznemu wymaganiu Wydziału krajowego? nie wiemy, bo protokuły z posiedzeń Rady, podają się dotychczas sucho, bez motywów, że opinja Rady zdrowia jest niesłuszną, zaraz zobaczymy. —

Co spowodowało Wydział krajowy do uczynienia podobnego wniosku? Dwa względy: brak lekarzy w Galicji, którzyby posiadając odpowiednie wykształcenie, nabyte w szkołach średnich i wyższych, dawali gwarancję, że medecynę uprawiać będą z całą godnością.

Ze brak lekarzy (mówimy tu o doktorach medycyny), nie tajnym jest Radzie sanitarnej galicyjskiej, świadczy o tem to, że ta sama Rada, nadawać musi posady lekarzy sądowych, nawet lekarzy sądowych, — chirurgom!

Niech nikt nie myśli, żebyśmy bezwzględnie wszystkich chirurgów za nieuków uważać mieli, ale każdy przyzna, że nie z własnej swej winy, są to półuki, i chociaż spotykać nam się zdarzyło, między nimi, ludzi rzeczywiście zdolnych, ludzi ciągle się kształcących, albo z bardzo zdrowym poglądem, są to tylko wyjątki. Jakże może być inaczej, kiedy szkoły chirurgiczne nie mogły im dać dostatecznego wykształcenia lekarskiego, a nie wymagały nawet od wstępujących, ukończenia gimnazjum. Pod tym względem tak się zaniedbano, że wymagane w ustawie świadectwo, ukończenia 4ch klas gimnazjalnych, nie bywało przestrzegane. Wielu, ledwie umiejąc czytać i pisać, przebywszy lat parę w tak zwanej oficynie czyli golarni, wstępowało do szkoły chirurgicznej. Taki stan rzeczy krzywdę sprowadzał im samym przedewszystkiem; niektórzy bowiem czuli, ile im brakuje, i pomimo zaufania we własnych siłach, radzi byli dokończyć studja lekarskie, wstąpić do uniwersytetu. To było niemożliwe, — bo kandydatom tym brakowało egzaminu dojrzałości (maturitatis), który daje jedynie prawo wstąpienia na wszechnicę. Dziś, szkoła chirurgiczna, we Lwowie, o której później obszerniej pomówimy, jest coraz gorszą, zatem — nie korzyść, lecz szkodę krajowi przynosi.

Drugim względem, który powodował Wydziałem krajowym Galicji do zrobienia przedstawienia, za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa, ministerstwu — był ten, że wymagania przy egzaminach uniwersyteckich, na stopnie lekarskie we Francji, w Rosji i w Królestwie Polskiem, jak niemniej wymagania przy egzaminach państwowych (Staats-Prüfungen) w Prusach, są o wiele znaczniejsze niż w uniwersytetach austrjackich, i gdy u nas, słusznie się domagają, aby egzamina takowe rozszerzono i obostrzono, (patrz wyborne w tym względzie artykuły profesora Janikowskiego w Przeglądzie lekarskim z r. 1871), w wymienionych powyżej krajach, raczej ułatwień niż obostrzeń wymagaćby należało. Nie przeczymy, że sam egzamin nie daje jeszcze pewności, że ten, który go przebył, choćby jak najświetniej, będzie dobrym lekarzem praktycznym, lub rzeczywiście pożytecznie pracować będzie w nauce, ale to pewna, że surowe wymagania przy egzaminach, dają gwarancję, że ludzie, którzy je przybyli, umieli sumiennie w uniwersytecie pracować. Więc mogą być pożytecznemi dla kraju.

Przejrzyjmy zatem, wymagania egzaminacyjne na wszechnicach we Francji, Rosji i w Królestwie Polskiem — są one prawie jednakowe.

W Królestwie Polskiem i w Rosji tak brzmią ustępy o egzaminach lekarskich, w ustawie państwowej:

I. O egzaminach na stopnie naukowo-praktyczne.

I. Przepisy ogólne.

§. 448. O stopnie lekarskie naukowo-praktyczne może się ubiegać każdy po skończeniu kursu, oznaczywszy w podaniu swem na jaki życzy

sobie składać egzamin; ale otrzyma tylko taki stopień, na jaki, wedle egzaminu, zasługiwać będzie.

§. 449. Egzamin w celu otrzymania stopni naukowo-pzaktycznych w zawodzie lekarskim jest dwojaki: a) egzamin z pomocniczych nauk lekarskich i b) z przedmiotów głównych.

§. 450. Egzamin z przedmiotów pomocniczych obejmuje w sobie nauki przyrodnicze: fizykę, chemję, botanikę, zoologję i mineralogję. Z przedmiotów tych wymaga się od zdającego egzamin, wiadomości tylko bezpośredni związek mających z medycyną. Z fizyki, chemji i botaniki, odpowiada na dwa pytania, a z zoologji i mineralogji na jedno pytanie tylko.

§. 451. Egzamin z głównych przedmiotów winien być: a) ustny zwyczajny; i b) ustny demonstracyjny czyli praktyczny.

§. 452. Przedmioty do pierwszego egzaminu należą następujące: 1) Fizjologja normalna. 2) Fizjologja patologiczna (patologja ogólna) (osobny egzamin z histologji, osobny z embrjologji.) 3) Terapja ogólna. 4) Materja lekarska, z wiadomościami niezbędnemi z toksykologji i z użycia i działania wód mineralnych. 5) Receptura. 6) Chirurgja teoretyczna z oftalmologją. 7) Patologja i terapja szczegółowa w zupełnym zarysie. (osobny egzamin jest z psychiatrji,) 8) Akuszerja teoretyczna z chorobami kobiet i dzieci. 9) Medycyna sądowa i policja lekarska z hygieną.

Uwaga. Przystępujący do egzaminu winien odpowiedzieć na dwa pytania.

§. 453. Egzamin demonstracyjny cz. praktyczny zdaje się z następujących przedmiotów: 1) Z anatomji normalnej, a mianowicie: a) z demonstracji na trupie jednej z trzech jam ciała, z opisaniem położenia i budowy znajdującej się w nich organów; b) z przygotowania preparatów nerwów, naczyń i mięśni, jednej z konczyń, lub miednicy; na to daje się zdającemu egzamin tydzień czasu, a sam preparat robi się pod nadzorem prosektora anatomji lub jego pomocnika; c) z demonstracji wykonanego przez siebie preparatu 2) Z anatomji patologicznej: z demonstracji na świeżym preparacie patologicznym (Piéce pathologiqué) a w braku takowego na preparacie zachowanym w spirytusie Opisawszy zmianę chorobną organu lub tkanki, zdający egzamin winien objaśnić przyczynę, rozwój i przebieg procesu chorobnego, który tę zmianę spowodował. 3) Z farma kognozji i farmacji: winien opisać dwa pojedyncze i dwa złożone preparata lekarskie. 4) Z medycyny praktycznej, u łóżka chorego. W tym celu naznacza się zdającemu egzamin w oddziale szpitalno-terapeutycznym i chirurgicznym, najmniej czterech chorych, których leczyć winien pod nadzorem profesorów, do ukończenia choroby, lub przynajmniej cztery tygodnie. Egzamin polega na rozpoznaniu choroby, nakreśleniu planu leczenia i napisaniu historji choroby z wyrozumowanem zdaniem (epicricis). Poczem otrzymuje od profesorów kierujących oddziałami szpitala, świadectwo z ukończenia egzaminu i okazanego usposobienia. 5) Z chirurgji operacyjnej z anatomją chirurgiczną. Zdający egzamin obowiązany jest: a) wykonać dwie większe operacje na trupie, według najużywańszych metod, z wyłożeniem tak sposobów ich wykonywania jak również i wskazań do takowych operacji, oraz sposobu postępowania po ich dokonaniu; przyczem z anatomji chirurgicznej wymagać się mają tylko wiadomości zostające w bezpośrednim związku ze wspomnianemi operacjami; winien dowieść, że umié wykonywać tak nazwane

małe operacje chirurgiczne (upust krwi, wprowadzenie kateteru i t. p.), i wyłożyć użycie opasek chirurgicznych. b) Z akuszerji praktycznej: winien dokonać dwie operacje położnicze na fantomie, według najużywańszych sposobów, z wyłożeniem wskazań do takich operacji i sposobów traktowania po nich położnicy. c) Z medycyny sądowej: sekcję sądową lekarską, z napisaniem protokołu wedle zadanego przypadku.

Uwaga 1. W takich zakładach naukowo-lekarskich, w których nie istnieją kliniki szpitalne, opisany wyżej egzamin, wykonywa się w zwyczajnych klinikach.

Uwaga 2. Studenci uniwersytetów i akademji, odbywają praktyczne egzamina podczas uczęszczania do klinik fakultetowych i szpitalnych, gdzie takowe istnieją. Egzamina te winny być poświadczone przez profesorów.

§. 454. Pierwszą część egzaminu, z przedmiotów pomocniczych, (§. 450) studenci uniwersytetów i akademji kończą w ciągu kursu; drugą zaś część egzaminu, z przedmiotów głównych (§. 451—453) zdają po skończonym kursie nauk.

§. 455. Zagraniczni lekarze winni się poddać całkowitemu egzaminowi, lecz jeźli tego żądać będą, między jednym a drugim egzaminem, może im być dozwolonem zrobić pewną przerwę, z zastrzeżeniem, aby przerwa nie przewyższała pół roku.

§. 456. Po otrzymaniu stopnia lekarskiego naukowo-praktycznego, ubiegający się o takowy, winien podpisać „zobowiązanie fakultetowe“, które mu czyta dziekan fakultetu lekarskiego, albo sekretarz naukowy akademji. Zobowiązanie takowe pomieszczone zostanie na odwrotnej stronie dyplomu.

II. Przepisy szczegółowe.

a) O egzaminach na stopień lekarza.

§. 458. Pragnący otrzymać stopień lekarza, winien wypełnić to wszysto, co wyżej przepisano w §. 449 do 456; przyczem od poddającego się egzaminowi wymagać należy wiadomości niezbędnych w praktyce lekarskiej.

b) O egzaminach na stopień Doktora Medycyny.

§. 459. Nazwiskiem Doktora Medycyny oznacza się wyższy stopień lekarski, naukowo-praktyczny.

§. 460. Z tego powodu, od ubiegającego o stopień Doktora Medycyny, wymagać należy nierównie obszerniejszych wiadomości niż od pragnącego otrzymać tytuł lekarza; jednem słowem, Doktor Medycyny, oprócz wiadomości praktycznych z przedmiotów objętych paragrafami 449 do 453, winien okazać niewątpliwe dowody swej naukowości.

§. 461. Poczem egzaminowanemu zadają się do rozwiązania dwa pytania z przedmiotów głównych nauki lekarskiej. Odpowiedzi, które on, pod nadzorem dziekana lub sekretarza naukowego, przygotowuje, powinny być napisane w języku używanym przy wykładach.

§. 462. Gdy wszystko co poprzednio było oznaczone, uznane zostanie za dostateczne, ubiegającemu się o stopień, dozwala się napisać rozprawę, za temat do niej służyć może przedmiot, albo z nauk głównych albo pomocniczych. Przedmiot ten może obrać sobie sam ubiegający się

o stopień, lub może być wybrany przez Wydział lekarski lub Konferencję akademji.

§. 463. Po przejrzeniu i przyjęciu rozprawy, doktorantowi dozwala się wydrukować takową i rozdać w dostatecznej liczbie egzemplarzy, nareszcie obronić publicznie. razem z kilkoma zadaniami (theses), z których najmniej sześć powinno być z dziedziny medycyny.

Uwaga. Zagraniczny doktor medycyny, zdający egzamin na ten stopień w Rosji, nie jest wolnym od obrony rozprawy, jak niemniej obowiązany jest przedstawić ją w dostatecznej liczbie egzemplarzy, dla rozdania przy obronie.

§. 464. Obrona rozprawy, która stanowi ostatnią część egzaminu, odbywa się na uroczystem zebraniu całego oddziału, lub wszystkich członków akademji, w obec osób obcych i studentów, pod prezydencją dziekana lub sekretarza naukowego.

§. 465. Wydział lekarski uniwersytetu lub konferencja akademji, wyznacza najmniej trzech z liczby swych członków, a oprócz tego, każdy z obecnych ma prawo robić zarzuty, odnośnie do samej rozprawy, jak i dodanych do niej założeń.

§. 466. Dla otrzymania dowodu, że rozprawa została napisaną przez samego doktoranta, broni on ją, przynajmniej przeciw dwom członkom; zresztą jeżeli chce, może odpowiadać w jednym z używańszych języków europejskich.

§. 467. Po ukończenin obrony, członkowie wydziału lub konferencja akademji, po krótkiej naradzie, rozstrzygają, czy obrona jest dostateczną, i zgodziwszy się na to, ogłaszają doktoranta, doktorem medycyny; poczem dziekan lub sekretarz naukowy akademji, czyta „przyrzeczenie akademickie“, które doktorant podpisuje. Jeżeli przeciwnie, obrona nieuznaną została za wystarczającą, doktorant, po upływie najmniej trzech miesięcy, a najpóźniej pół roku, może przystąpić do obrony tej samej rozprawy, albo też innej.

§. 468. Lekarz, który stopień lekarski otrzymał w Rosji, (lub w Królestwie Polskiem) przy egzaminie na doktora medycyny, uwalnia się od egzaminu z nauk pomocniczych.

Prawie te same są wymagania od zdających egzamina na wszechnicach francuzkich; egzamina zaś są roczne (kursowe) i ogólne (po ukończeniu całkowitego kursu nauk).

Jakież są wymagania w uniwersytetach austryjackich? Egzamina są dwojakie: przy pierwszym wymagane są następujące przedmioty: anatomja opisowa, anatomja patologiczna, fizjologja, patologja i terapja ogólna, zoologja lub mineralogja, chemja i botanika. W trzy miesiące pózniej następuje drugi egzamin, tu wymaga się: farmakognozji i farmakologji, terapji szczegółowej, akuszerji, medycyny sądowej, policji lekarskiej, nauki o chorobach stadnych (epizoocji) i okulistyki.

Wszystkie te egzamina odbywają się tylko teoretycznie.

Dodajmy do tego, że studjujący medycynę w uniwersytetach rosyjskich i Królestwa Połskiego, jak niemniej we Francji, są obowiązani do uczęszczania na wszystkie wymienione powyżej przedmioty, i uczęszczanie to surowo jest przestrzegane, przekonamy się, że uniwersyteta austrjackie niepotrzebnie stawiają przeszkody, przy pozwalaniu bezpośredniego doktoryzowania się, każdemu, kto z dyplo-

mem z wyż wymienionych państw przybywa. Krakowski uniwersytet nie hołduje w zupełności temu przepisowi, i każdym razem, do ministra przychylną o kandydacie przesyła opinję. Słyszeliśmy, że w Pradze i Gracu inaczej podobno sobie postępują.

Wypadałoby, aby i nasza Rada sanitarna zastanowiła się nad swem zdaniem, które tłomaczyć sobie możemy, albo nieświadomością tego co się gdzie indziej dzieje, albo zamiłowaniem w monopolu, obawą emulacji. Pozwalamy sobie zrobić jej uwagę, że ciało powołane przez władzę do udzielania fachowej opinji, powinno wiedzieć dokładnie, co się gdzie indziej dzieje, obawa zaś emulacji, nie dowodzi zabiegliwości o dobro kraju, jest uczuciem nie godnem publicznego człowieka, zresztą, na nic się nie przyda, bo lekarze polacy, boć o tych tylko może być mowa, gdzie indziej wykształceni, przyjdą do Galicji, i mimo zdania Rady sanitarnej galicyjskiej, otrzymywać będą dyplomy doktorskie, ba! nawet praktykować będą!!!

Nominacje. Na nowo utworzoną przez Sejm król. Galicji i Lodomerji z W. ks. Krakowskiem, posadę **Inspektora szpitali galicyjskich,** Wydział krajowy mianował Dra Medycyny Zygmunta Dobieszewskiego (d. 22. Grudnia 1871 r.)

— **Lekarzami pomocniczemi** (sekundarjuszami) w szpitalach krakowskich mianowani zostali:

1. Na oddziale chorób kiłowych i skórnych: Dr. Med. Aleksander Zarewicz,

2. Na oddziale chorób umysłowych: Dr. Med. Włodzimierz Dobiński.

4. Na oddziale chorób wewnętrznych: Dr. Med. Stanisław Wnękowicz.

4. Na oddziale położniczym: Dr. Med. Władysław Bylicki.

Posad praktykantów, Wydział krajowy nie obsadził dotychczas, na posady te bowiem, zgłosili się kandydaci, którzy nie posiadali dyplomów Doktora Medycyny, — uchwała zaś sejmu, wyraźnie zastrzega, że posady te mogą tylko otrzymywać doktorowie medycyny. Z uwagi jednak, że kandydaci pomienieni pracowali bezpłatnie, przez siedm miesięcy w szpitalach krakowskich, i odznaczyli się gorliwością w służbie, Wydział krajowy nie ogłosił na posady praktykantów ponownych konkursów, ale pozwolił, aby ci sami pozostali w szpitalu, a po uzyskaniu dyplomów, otrzymają dopiero nominacje. Przez czas pełnienia obowiązków, obaj praktykanci, pobierać będą płacę po 30 złr. miesięcznie.

Wydział krajowy zatwierdził stale na posadach lekarzy ordynujących w szpitalach krakowskich. Dra Alfreda Obalińskiego, na oddziale chirurgicznym, a Dra Gustawa Neussera, na oddziale obłąkanych.